

SAÚDE MENTAL

JOÃO MAZZONCINI DE AZEVEDO MARQUES

Conceito de Saúde segundo a organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948

“A saúde é a situação de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade.”



Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 1986

- ... promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”.
- **Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social. A saúde é, portanto, um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.** Assim, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.
- A carta afirma que são recursos indispensáveis para ter saúde: paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, com toda a complexidade que implicam alguns desses conceitos. A promoção da saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis.

Saúde Mental

É definida como um estado de bem-estar em que a pessoa:



Consegue enfrentar as dificuldades normais da vida

Está ciente de suas próprias habilidades

Consegue trabalhar de forma produtiva

É capaz de contribuir para sua comunidade

- Etimologicamente sofrimento "denota pena ou dor que se deve suportar (latim subferre, levar debaixo) Casera (2001, p. 1043).
- O sofrimento é uma experiência pessoal, egocêntrica e complexa que envolve um evento intensamente negativo ou uma ameaça percebida. O sofrimento pode fazer-se acompanhar de componentes físicas, cognitivas, afectivas, sociais e espirituais o que justifica a sua complexidade (Rodgers & Cowles, 1997).
- Como o ser humano é um ser biopsicossocial e o sofrimento pode abranger todas as suas dimensões, este também pode ser desencadeado por qualquer aspecto da pessoa.

In: PEIXOTO, Maria José e BORGES, Elizabete. O sofrimento no contexto da doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]. 2011, n.6 [citado 2019-08-08], pp.36-39.

O QUE SÃO OS TRANSTORNOS MENTAIS?

Na medicina a palavra transtorno representa uma anormalidade, e significa que uma função de seu corpo, nesse caso a mente, pode não estar funcionando corretamente. Os transtornos mentais são causadores de problemas na vida das pessoas, pois eles significam que uma determinada função psíquica não está reagindo adequadamente.

Sendo assim, eles afetam diretamente o pensamento, os sentimentos, as percepções, as sensações, e o modo como nos relacionamos com os outros e com o mundo.



In: O que são transtornos mentais? Cadernos de Monitoramento Epidemiológico e Ambiental. ENSP, 2011

Chapter V - Mental and behavioural disorders (F00-F99)

Includes: disorders of psychological development

Excludes: symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (R00-R99)

- This chapter contains the following blocks: F00-F09 Organic, including symptomatic, mental disorders F10-F19 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use F20-F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders F30-F39 Mood [affective] disorders F40-F48 Neurotic, stress-related and somatoform disorders F50-F59 Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors F60-F69 Disorders of adult personality and behaviour F70-F79 Mental retardation F80-F89 Disorders of psychological development F90-F98 Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence F99 Unspecified mental disorder
- Asterisk categories for this chapter are provided as follows: F00* Dementia in Alzheimer's disease F02* Dementia in other diseases classified elsewhere.

In: Luís Guilherme
Streb. Diagnóstico
e Classificação
Atual em
psiquiatria. 2006

categorias (unidades nosológicas)

• **X** *Forma Retangular*

dimensões/espectros

transtornos atípicos

(+ de 20% dos casos)

“Na clínica nós temos que reconhecer e acomodar a continuidade essencial entre pessoas que têm sintomas que já receberam nome e reconhecimento como doença, e pessoas cujo sofrimento permanece sem nome e não reconhecido”.

Aronowitz, 2001

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos

Nome do(a) entrevistado(a):	_____	Número do protocolo:	_____
Data de nascimento:	_____	Hora de início da entrevista:	_____
Nome do(a) entrevistador(a):	_____	Hora do fim da entrevista:	_____
Data da entrevista:	_____	Duração total da entrevista:	_____

MODULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
			296.30-296.36 Recorrente	F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-
F31.9	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-
F31.9/F34.0	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês) Vida inteira	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.01/300.21/F40.01-F41.0	
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Atual	<input type="checkbox"/>		
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	F32.3/F33.3/F31.2
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	F32.3/F33.3/F31.2
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	
A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 <u>OU</u> A2 = "NÃO")	NÃO	SIM *	

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2		Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NAO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17

m Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO SIM 17
E5 E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO SIM <i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>
E6 SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ? SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	NÃO SIM <i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>
E7 Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO SIM 18 <i>Transtorno de Pânico Atual</i>



Original Investigation | Psychiatry

Association of Depression With All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality Among Adults in China

Ruiwei Meng, PhD; Canqing Yu, PhD; Na Liu, PhD; Meian He, PhD; Jun Lv, PhD; Yu Guo, MSc; Zheng Bian, MSc; Ling Yang, PhD; Yiping Chen, DPhil; Xiaomin Zhang, PhD; Zhengming Chen, DPhil; Tangchun Wu, PhD; An Pan, PhD; Liming Li, MD; for the China Kadoorie Biobank Collaborative Group

Abstract

IMPORTANCE Depression is associated with increased disease burden worldwide and with higher risk of mortality in Western populations.

OBJECTIVE To investigate whether depression is a risk factor for all-cause and cardiovascular disease (CVD) mortality in adults in China.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This cohort study prospectively followed adults aged 30 to 79 years in the China Kadoorie Biobank (CKB) study from June 1, 2004, to December 31, 2016, and adults aged 32 to 104 years in the Dongfeng-Tongji (DFTJ) study from September 1, 2008, to December 31, 2016. Data analysis was conducted from June 1, 2018, to March 31, 2019.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES Depression was evaluated using the Chinese version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview–Short Form in the CKB cohort and a 7-item symptoms questionnaire modified from the Composite International Diagnostic Interview–Short Form in the DFTJ cohort. Multivariable-adjusted Cox proportional hazards regression models were used to estimate hazard ratios (HRs) and 95% CIs for the association of depression with mortality. Covariates in the final models included sociodemographic characteristics, lifestyle factors, and personal and family medical history.

RESULTS Among 512 712 individuals (mean [SD] age, 52.0 [10.7] years; 302 509 [59.0%] women) in the CKB cohort, there were 44 065 deaths, including 18 273 CVD deaths. The 12-month prevalence of major depressive episode in the CKB cohort was 0.64%, and the 1-month prevalence of clinically significant depressive symptoms was 17.96% in the DFTJ cohort. Among 26 298 individuals (mean [SD] age, 63.6 [7.8] years; 14 508 [55.2%] women) in the DFTJ cohort, there were 2571 deaths, including 1013 CVD deaths. In the multivariable-adjusted model, depression was associated with increased risk of all-cause mortality (CKB cohort: HR, 1.32 [95% CI, 1.20-1.46]; $P < .001$; DFTJ cohort: HR, 1.17 [95% CI, 1.06-1.29]; $P = .002$) and CVD mortality (CKB cohort: HR, 1.22 [95% CI, 1.04-1.44]; $P = .02$; DFTJ cohort: HR, 1.32 [95% CI, 1.14-1.54]; $P < .001$). In both cohorts, men had statistically significantly higher risk of all-cause mortality (CKB cohort: HR, 1.53 [95% CI, 1.32-1.76]; DFTJ cohort: HR, 1.24 [95% CI, 1.10-1.41]) and CVD mortality (CKB cohort: HR, 1.39 [95% CI, 1.10-1.76]; DFTJ cohort: HR, 1.49 [95% CI, 1.23-1.80]), while the association of depression with mortality among women was only significant for all-cause mortality in the CKB cohort (HR, 1.19 [95% CI, 1.03-1.37]).

Key Points

Question Is depression associated with risk of all-cause and cardiovascular disease mortality in Chinese adults?

Finding In this cohort study including 512 712 adults from the China Kadoorie Biobank study and 26 298 adults from the Dongfeng-Tongji study, depression was consistently associated with higher risk of all-cause and cardiovascular disease mortality. However, when stratified by sex, the associations were significant only among men.

Meaning These findings suggest that depression is a risk factor for all-cause and cardiovascular disease mortality in adults in China, particularly in men.

+ Supplemental content

Author affiliations and article information are listed at the end of this article.

Não é 'só' stress, não é 'só' preocupação, não é 'só' ansiedade. Não é depressão. Checar as taxas de glicemia, tomar a medicação, injetar insulina, contar carboidratos, atingir as metas na academia ou na corrida, aprender a cozinhar refeições mais saudáveis: uma lista extensa, que pode parecer sufocante, esmagadora. Essa sensação ganhou, recentemente, um nome: angústia do diabetes. Os médicos ainda estão tentando definir melhor essa complicação, mas já sabem de uma coisa: ela pode arrastar-se por meses e anos, drenando sua energia. Logo, precisa de atenção.

A angústia do diabetes pode reunir sinais de depressão, ansiedade e stress, tornando-a difícil de distinguir. O professor Lawrence Fisher, do departamento de Diabetes da Universidade de São Francisco - Califórnia, explica que observou, em seus pacientes, um grande número de pessoas reclamando de stress e tristeza, mas elas estavam longe de uma depressão severa, por exemplo. Já que não estava clinicamente deprimidas, o que será que elas tinham? A resposta era que elas estavam vivendo uma resposta única ao fato de terem que lidar com uma doença crônica.

Essas emoções podem estar relacionadas, por exemplo, ao medo de não conseguir tratamento adequado, ao fato de se sentir doente e à sensação de que as outras pessoas não compreendem o diabetes. De acordo com o pesquisador, que acompanhou pacientes durante um ano e meio, cerca de um terço apresentava esse quadro.

E a angústia do diabetes prejudica justamente o nível de glicose no sangue. As altas taxas de glicose favorecem mais angústia. Se você acredita que "nada funciona" e os "re-médios não funcionam", é bem provável que se sinta inclinado a não tomar mais a medi-cação. E começa mais um círculo vicioso do diabetes.

HOSTED BY



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Nursing Sciences

journal homepage: <http://www.elsevier.com/journals/international-journal-of-nursing-sciences/2352-0132>



Review

A systematic review of the relationships among psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes mellitus



Melissa A. McCoy^{a, b, *}, Laurie A. Theeke^b

^a Division of Nursing, Davis and Elkins College, Elkins, WV, United States

^b School of Nursing, West Virginia University, Morgantown, WV, United States

ARTICLE INFO

Article history:

Received 30 December 2018

Received in revised form

17 July 2019

Accepted 4 September 2019

Available online 6 September 2019

Keywords:

Coping

Social psychology

Social support

Type 2 diabetes mellitus

ABSTRACT

Type 2 diabetes mellitus contributes to poor health outcomes including mortality, yet there is a gap in the literature when seeking to understand the influence of psychosocial factors on coping in this population. The paper presents a systematic review of quantitative studies that examined relationships among psychosocial determinants and coping in adults with type 2 diabetes. This review is the second layer of knowledge discovery for the concept, "Taking on a life-altering change is a rhythmical journey of experiencing ups and downs on the way to acceptance." The life-altering change was determined to be a diagnosis of type 2 diabetes, the journey is the ups and downs of coping with the diagnosis as people work toward acceptance of type 2 diabetes. The review includes a synthesis of findings from 22 quantitative studies of psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes. Anxiety, depression, stress, and diabetes distress were identified as key influential psychosocial factors. Increased social support was inversely related to emotional distress and coping styles were related to social well-being, psychological health, and physical health outcomes. The positive coping style of problem-focused coping was linked to improved psychological and physical health. Emotional responses to diagnosis were related to depression and anxiety. Negative coping styles of resignation, protest, or isolation were higher in women and linked to poorer quality of life, while avoidance was linked to increased diabetes-related distress and depressive symptoms.

© 2019 Chinese Nursing Association. Production and hosting by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Nova validação semântico-cultural e estudo
psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos
brasileiros**

New semantic-cultural validation and
psychometric study of the CASP-19 scale in adult
and elderly Brazilians

Nueva validación semántico-cultural y estudio
psicométrico de la CASP-19 en adultos y ancianos
brasileños

*Anita Liberalesso Neri*¹

*Flávia Silva Arbex Borim*¹

Samila Sathler Tavares Batistoni^{1,2}

Meire Cachioni^{1,2}

*Dóris Firmino Rabelo*³

*Arlete Portella Fontes*¹

*Mônica Sanches Yassuda*²

Tabela 2

Estrutura resultante da análise fatorial confirmatória aplicada aos dados da 2ª subamostra (n = 218). CASP-19, Brasil, 2016.

Fator	Carga	t *	Item
1	0,682	10,71	11. Eu sinto que minha vida tem sentido.
	0,666	10,37	12. Eu gosto das coisas que faço.
	0,651	10,08	15. Ultimamente, eu tenho me sentido cheio de energia.
	0,605	9,20	18. Eu sinto que a vida me proporciona muitas oportunidades.
	0,588	8,87	14. Quando avalio a minha vida até aqui, eu me sinto feliz.
	0,560	8,37	19. Eu acho que o futuro reserva coisas boas para mim
	0,534	7,91	17. Sinto-me satisfeito com as minhas realizações.
	0,531	7,85	10. Eu tenho vontade de viver cada dia.
	0,482	7,02	7. Sinto-me realizado com o que faço.
	0,430	6,17	13. Eu gosto de estar na companhia de outras pessoas.
	0,410	5,86	5. Eu posso fazer as coisas que quero.
	0,387	5,50	16. Eu escolho fazer coisas que nunca fiz antes.
	0,383	5,44	3. Eu me sinto livre para planejar o futuro.
2	0,699	8,11	1. Minha idade me impede de fazer as coisas que gostaria.
	0,596	6,53	8. Minha saúde me impede de fazer as coisas que quero.
	0,491	9,64	4. Eu me sinto deixado de lado.
	0,450	5,94	2. Eu sinto que não tenho controle sobre o que acontece comigo.
	0,429	5,64	6. As responsabilidades familiares me impedem de fazer o que quero.
	0,396	5,17	9. A falta de dinheiro me impede de fazer as coisas que quero.

Nota: medidas de adequação de ajuste obtidas: qui-quadrado = 433,37; qui-quadrado DF = 151; valor de $p < 0,0001$; qui-quadrado ratio = 2,87; *Goodness of Fit Index* (GFI) = 0,8; *GFI Adjusted for Degrees of Freedom* (AGFI) = 0,7606; *Bentler's Comparative Fit Index* (CFI) = 0,7241; *Bentler & Bonett's* ²⁶ (NNFI) = 0,6876; *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) = 0,0902; *RMSEA estimate* = 0,0928/IC90%: 0,0827-0,1031.

Medidas de adequação de ajuste esperadas: valor de p qui-quadrado $> 0,05$; razão qui-quadrado $< 2,0$; GFI $\geq 0,85$; AGFI $\geq 0,80$; CFI $\geq 0,90$; NNFI $\geq 0,90$; SRMR $\leq 0,10$; RMSEA $\leq 0,08$ ²⁶.

* Valores significativos das cargas padronizadas dos itens ($p < 0,05$) para $t > 1,96$ ²⁶. Itens por domínio na CASP original: controle: 1 a 4; autonomia: 5 a 9; prazer: 10 a 14 e autorrealização: 15 a 19.

Subjective wellbeing as a determinant of glycated hemoglobin in older adults: longitudinal findings from the English Longitudinal Study of Ageing

Lydia Poole ^(a1), Ruth A. Hackett ^(a1), Laura Panagi ^(a1) and Andrew Steptoe ^(a1) 

DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291719001879> Published online by Cambridge University Press: 28 August 2019

Abstract

Background

Previous research has shown an association between subjective wellbeing and incident diabetes. Less is known about the role of wellbeing for subclinical disease trajectories as captured via glycated hemoglobin (HbA1c). We aimed to explore the association between subjective wellbeing and future HbA1c levels, and the role of sociodemographic, behavioral and clinical factors in this association.

Methods

We used data from the English Longitudinal Study of Ageing for this study ($N = 2161$). Subjective wellbeing (CASP-19) was measured at wave 2 and HbA1c was measured 8 years later at wave 6. Participants were free from diabetes at baseline. We conducted a series of analyses to examine the extent to which the association was accounted for by a range of sociodemographic, behavioral and clinical factors in linear regression models.

Results

Models showed that subjective wellbeing (CASP-19 total score) was inversely associated with HbA1c 8 years later after controlling for depressive symptoms, age, sex, and baseline HbA1c ($B = -0.035$, 95% CI -0.060 to -0.011 , $p = 0.005$). Inclusion of sociodemographic variables and behavioral factors in models accounted for a large proportion (17.0% and 24.5%, respectively) of the relationship between wellbeing and later HbA1c; clinical risk factors explained a smaller proportion of the relationship (3.4%).

Conclusions

Poorer subjective wellbeing is associated with greater HbA1c over 8 years of follow-up and this relationship can in part be explained by sociodemographic, behavioral and clinical factors among older adults.

[View HTML](#)[Share content](#)[Export citation](#)[Request permission](#)

The art of life and death: 14 year follow-up analyses of associations between arts engagement and mortality in the English Longitudinal Study of Ageing

[Daisy Fancourt](#), associate professor of psychobiology and epidemiology¹ and [Andrew Steptoe](#), professor of psychology and epidemiology¹

▶ [Author information](#) ▶ [Article notes](#) ▶ [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)

This article has been [cited by](#) other articles in PMC.

Abstract

[Go to:](#)

Objective

To explore associations between different frequencies of arts engagement and mortality over a 14 year follow-up period.

Design

Prospective cohort study.

Participants

English Longitudinal Study of Ageing cohort of 6710 community dwelling adults aged 50 years and older (53.6% women, average age 65.9 years, standard deviation 9.4) who provided baseline data in 2004-05.

Intervention

Self reported receptive arts engagement (going to museums, art galleries, exhibitions, the theatre, concerts, or the opera).

Measurement Mortality measured through data linkage to the National Health Service central register.

Results People who engaged with receptive arts activities on an infrequent basis (once or twice a year) had a 14% lower risk of dying at any point during the follow-up (809/3042 deaths, hazard ratio 0.86, 95% confidence interval 0.77 to 0.96) compared with those who never engaged (837/1762 deaths). People who engaged with receptive arts activities on a frequent basis (every few months or more) had a 31% lower risk of dying (355/1906 deaths, 0.69, 0.59 to 0.80), independent of demographic, socioeconomic, health related, behavioural, and social factors. Results were robust to a range of sensitivity analyses with no evidence of moderation by sex, socioeconomic status, or social factors. This study was observational and so causality cannot be assumed.

Conclusions Receptive arts engagement could have a protective association with longevity in older adults. This association might be partly explained by differences in cognition, mental health, and physical activity among those who do and do not engage in the arts, but remains even when the model is adjusted for these factors.

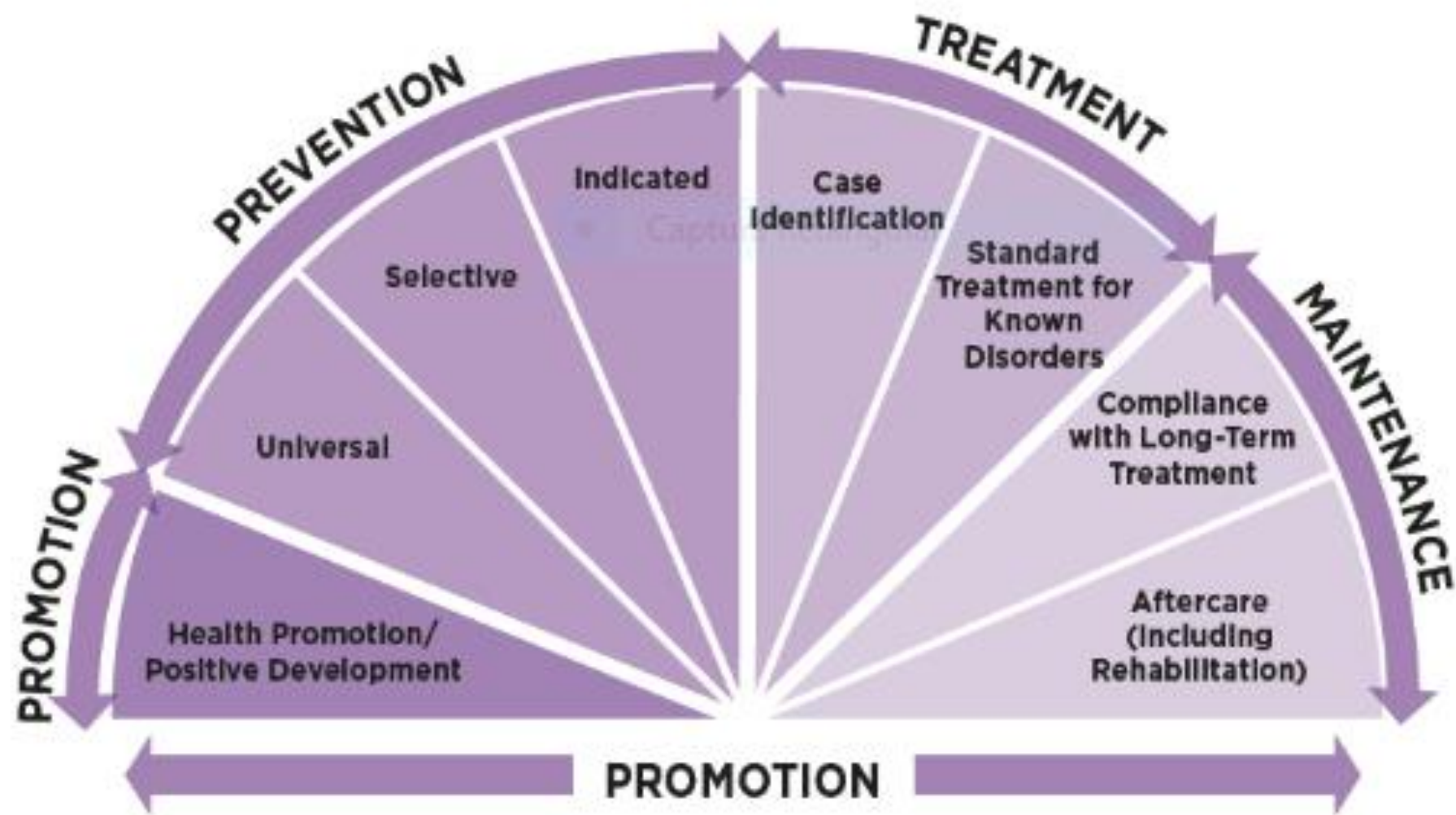


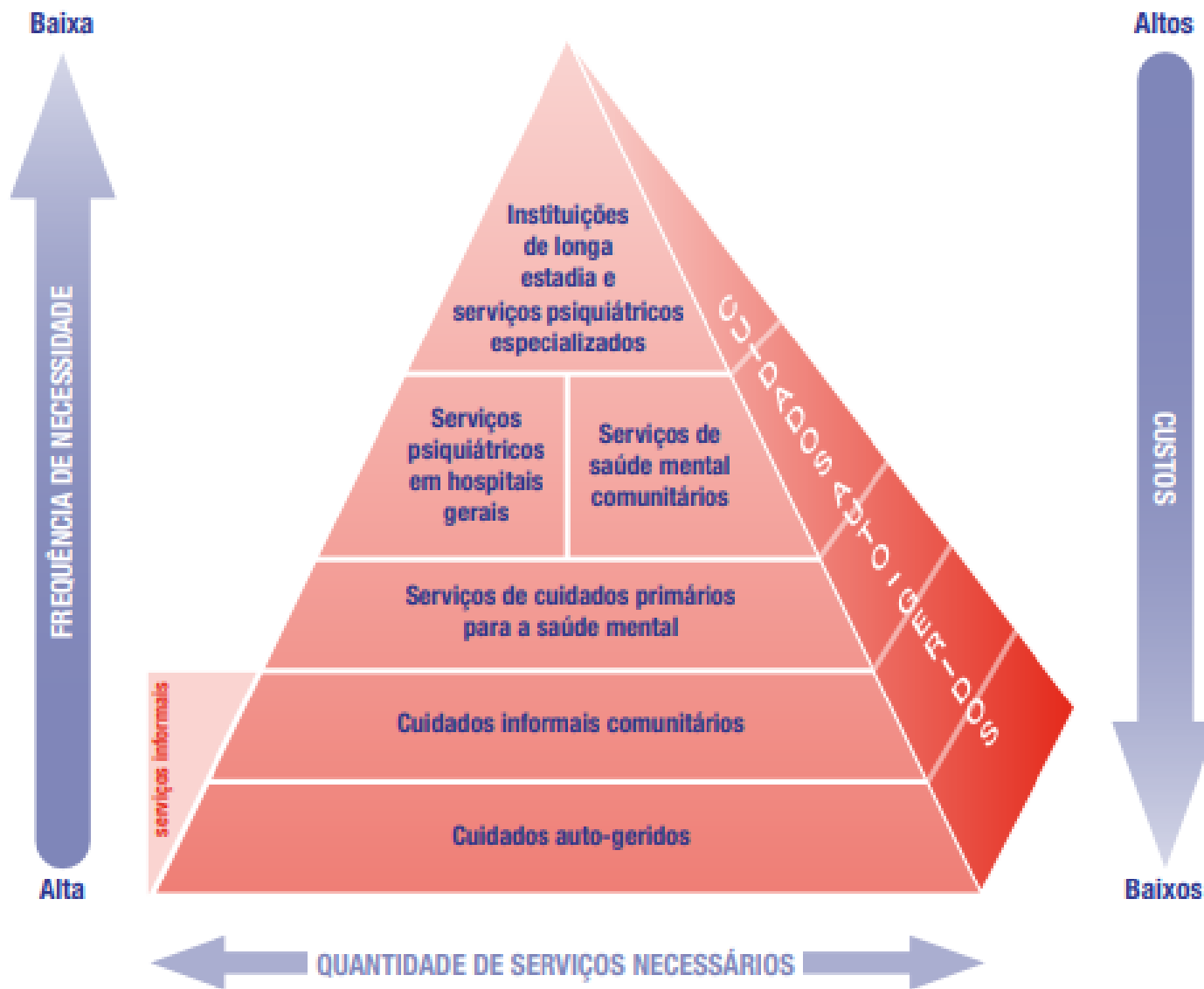
FIGURE 5-1 Mental health intervention spectrum.

SOURCE: Adapted from Institute of Medicine (1994, Fig. 2.1, p. 23).

- Prevention
 - Prevention to ward off the initial onset of a mental disorder
- Treatment
 - Identification of an individuals with mental disorders and the standard treatment for those disorders
- Maintenance
 - Intervention that are oriented to reduce relapse and recurrence and to provide rehabilitation

Figura 1.1

A Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Óptima de Serviços para a Saúde Mental



Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

A RAPS está presente

Na Atenção Básica

- Unidade Básica de Saúde;
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
- Consultório de Rua;
- Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Centros de Convivência e Cultura.

Atenção Psicossocial Estratégica

- Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.

Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidade de Acolhimento;
- Serviço de Atenção em Regime Residencial.

Atenção Hospitalar

- Enfermaria especializada em hospital geral;
- Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Estratégia de Desintitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Programa de Volta para Casa (PVC).

Estratégias de Reabilitação Psicossocial

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.



Para formalizar

Para que cada ponto de atenção/serviço seja habilitado e receba financiamento junto ao Ministério da Saúde basta seguir os passos instituídos nas portarias correspondentes a cada um deles.

Quem faz o financiamento?

Ministério da Saúde / Fundo Nacional de Saúde

Quem pode receber?

Estados, Municípios e Distrito Federal

Acesse todas as portarias referentes à RAPS em:
<www.saude.gov.br/saudemental>

Para mais informações

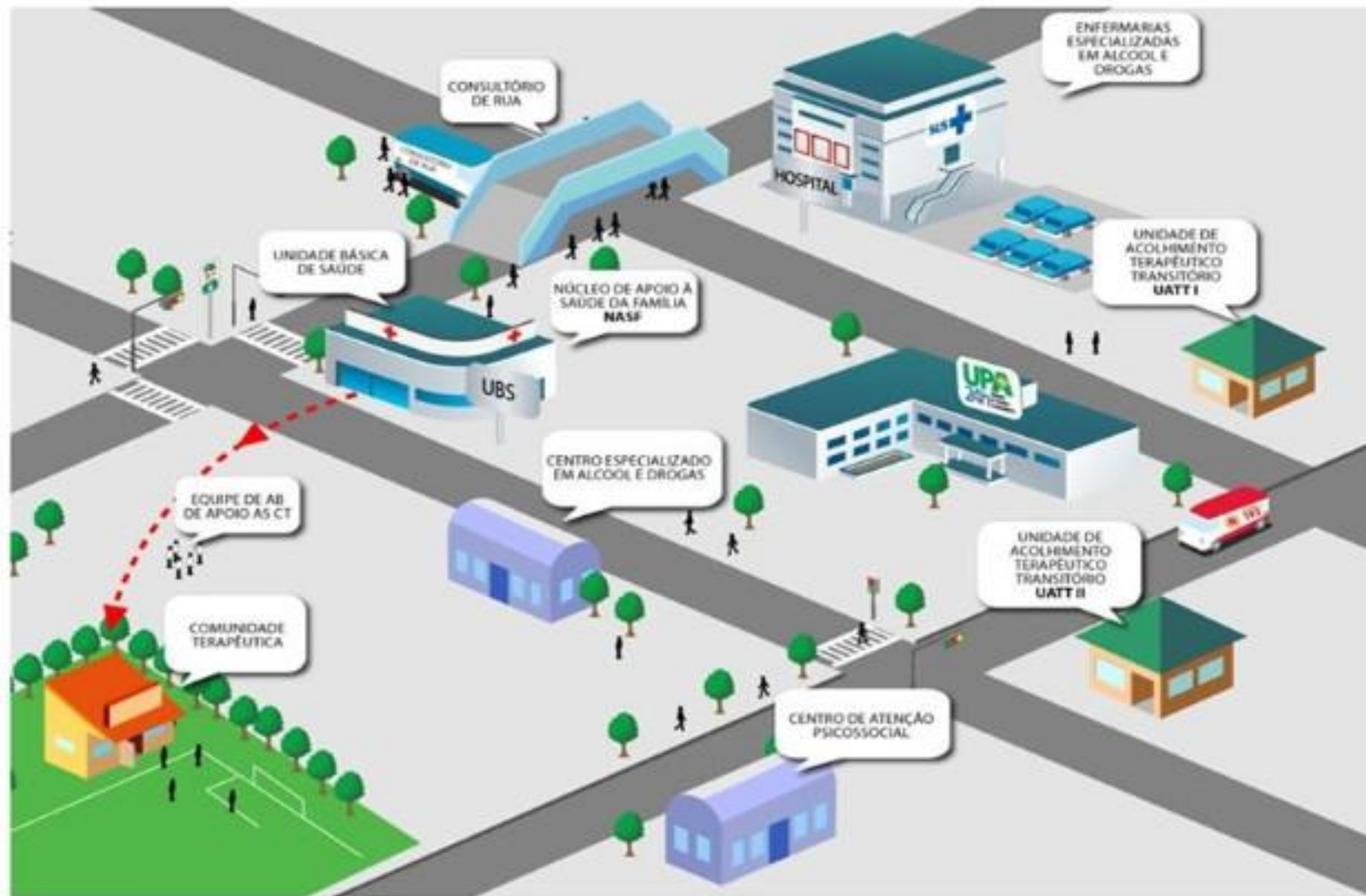
<www.saude.gov.br/saudemental>

Telefone: (61) 3315 9144

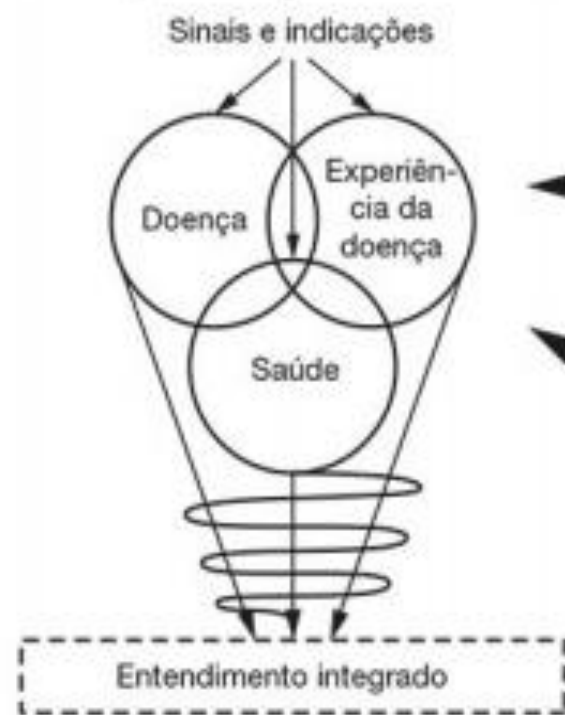
E-mail: saudemental@saude.gov.br

[f /saudemental](https://www.facebook.com/saudemental)





1. Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença



2. Entendendo a Pessoa como um Todo



3. Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas

- Problemas
- Metas
- Papéis

Decisões conjuntas

FIGURA 1.2 O método clínico centrado na pessoa: quatro componentes interativos.

Principais pontos para discussão de Projeto Terapêutico Singular:

- Identificação completa;
- Localização territorial e elementos do território relevantes (Ecomapa);
- Arranjo Familiar – Representação Gráfica (genograma);
- Queixa/Situação/Demanda com histórico relevante resumido;
- Ações clínicas já realizadas;
- Avaliação das potencialidades e vulnerabilidades;
- Pactuação dos objetivos e metas – ESF e pessoa;
- Propostas de intervenção com cronograma e responsáveis;
- Definição do profissional de referência do caso;
- Definição de periodicidade para reavaliação.

- WHO defines coordination of care, or integrated care, as "a proactive approach to bringing together care professionals and providers to meet the needs of service users, to ensure that they receive integrated, person-focused care across various settings"
- Continuity of care can be defined as the situation where a number of different health care events are experienced consistently, consistently and continuously with the needs and personal context of the patient

Dúvidas?

Vamos discutir casos?