

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001

*Saúde Mental:
Nova Concepção, Nova Esperança*



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

*RELATÓRIO
SOBRE
A SAÚDE
NO MUNDO*

2001

*Saúde Mental:
Nova Concepção, Nova Esperança*

AFRO

Dra. Custodia Mandlhate, Assessora Regional para Saúde Mental e Abuso de Substâncias

AMRO

Dr. José Miguel Caldas de Almeida, Coordenador, Programa de Saúde Mental

Dr. Cláudio Miranda, Assessor Regional em Saúde Mental

Dr. Armando Peruga, Assessor Regional para Tabaco, Álcool e Drogas

EMRO

Dr. Ahmad Mohit, Coordenador, Saúde Mental e Mudança Social. Assessor Regional para a Saúde Mental e Abuso de Substâncias

EURO

Dr. Wolfgang Rutz, Assessor Regional em Saúde Mental

Dr. Cees Goos, Assessor Regional, Álcool e Drogas

SEARO

Dr. Vijay Chandra, Assessor Regional em Saúde e Comportamento

WPRO

Dra. Helen Herрман, Assessora Regional Interina para Saúde Mental

Catálogo na fonte: Biblioteca da OMS

Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.

1. Saúde Mental. 2. Transtornos mentais. 3. Serviços comunitários de saúde mental. 4. Custo das doenças. 5. Previsão. 6. Saúde mundial—tendências.

I. Título: Saúde mental: nova concepção, nova esperança

ISBN **XX X XXXXXXX X** (Classificação NLM: WA 540.1)

ISSN **XXXX-XXXX**

A Organização Mundial da Saúde receberá com satisfação pedidos de autorização para reproduzir suas publicações, no todo ou em parte. Os pedidos para esse fim e as solicitações de informação devem ser endereçados a: Office of Publication, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Suíça. Aquele escritório terá prazer em fornecer as informações mais recentes sobre quaisquer modificações no texto, planos para novas edições e reimpressões, bem como as traduções já disponíveis.

© **Organização Mundial da Saúde 2001**

Todos os direitos reservados.

As designações empregadas nesta publicação e a apresentação de dados, figuras e mapas nela incluídos não implicam a tomada de posição por parte da Secretaria da Organização Mundial da Saúde relativa à situação jurídica dos países, territórios, cidades e zonas, ou as suas autoridades, nem com relação ao traçado de seus limites ou fronteiras. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas cujo traçado não foi ainda objeto de pleno acordo.

A menção específica de empresas e produtos comerciais não implica endosso ou recomendação dos mesmos pela Organização Mundial da Saúde de preferência a similares que não tenham sido mencionados. Salvo erro ou omissão, os nomes com iniciais maiúsculas designam produtos com marca comercial registrada.

Informações sobre esta publicação podem ser pedidas a:

World Health Report

World Health Organization

1211 Genève 27, Suíça

Fax : (41 22) 791 4870

Endereço eletrônico: whr@who.int

Os redatores principais do presente relatório foram Rangaswamy Srinivasa Murthy (redator-chefe), José Manoel Bertolote, JoAnne Epping-Jordan, Michelle Funk, Thomson Prentice, Benedetto Saraceno e Shekhar Saxena. O relatório foi preparado sob a direção de um comitê coordenador formado por Susan Holck, Christopher Murray (Presidente), Rangaswamy Srinivasa Murthy, Thomson Prentice, Benedetto Saraceno e Derek Yach.

Toda a equipe do relatório tem a agradecer as contribuições recebidas de Gavin Andrews, Sarah Assamagan, Myron Belfer, Tom Bornemann, Meena Cabral de Mello, Somnath Chatterji, Daniel Chisholm, Alex Cohen, Leon Eisenberg, David Goldberg, Steve Hyman, Arthur Kleinmann, Alan Lopez, Doris Ma Fat, Colin Mathers, Maristela Monteiro, Philip Musgrove, Norman Sartorius, Chitra Subramanian, Naren Wig e Derek Yach.

Foi recebida valiosa contribuição de um grupo consultivo interno e um grupo de referência regional cujos nomes são relacionados no Apêndice. A equipe do relatório expressa sua gratidão aos Diretores Regionais, aos Diretores Executivos da Sede da OMS e aos assessores especiais da Diretora-Geral por sua assistência e seus conselhos suplementares.

A organização editorial do relatório esteve a cargo de Angela Haden e Barbara Campanini. A preparação das tabelas e figuras foi coordenada por Michel Beusenberg.

A ilustração da capa incorpora o logotipo do Dia Mundial da Saúde 2001, desenhado por Mark Bizet.

Diagramação: Marilyn Langfeld. Layout: WHO Graphics

Impresso em **XXXXXXXX**

Apresentação da Edição em Português

No âmbito das atividades desenvolvidas no transcurso do ano de 2001, o qual foi dedicado à discussão do tema Saúde Mental pela Organização Mundial da Saúde, temos a satisfação de apresentar esta edição em língua portuguesa do Relatório Mundial de Saúde 2001, que traz importante contribuição para o aprofundamento de nosso conhecimento neste campo relevante da Saúde Pública.

Nesta edição, optou-se por publicar apenas o conteúdo específico referente à Saúde Mental, podendo o anexo estatístico geral ser consultado na página WEB da OMS.

Esta publicação vem à luz no momento em que se faz realizar a 3^a Conferência Nacional de Saúde Mental no Brasil, pretendendo-se ainda que possa ser distribuída e consultada nos demais países de língua oficial portuguesa.

Tradução da edição em português a cargo do Escritório Central da Oficina Pan-americana de Saúde, e revisão técnica da mesma pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil.

MENSAGEM DA DIRETORA-GERAL

Doença mental não é sinal de malogro pessoal. Ela não acontece somente com os outros. Todos nos lembramos de uma época, ainda não faz muito tempo, em que não se podia falar abertamente sobre câncer. Aquilo era segredo de família. Hoje, muitos de nós ainda preferiríamos não falar sobre AIDS. Estas barreiras estão sendo pouco a pouco derrubadas.

O Dia Mundial da Saúde 2001 teve por tema “Cuidar, sim. Excluir, não”. A sua mensagem era a de que não se justifica excluir de nossas comunidades as pessoas que têm doenças mentais ou transtornos cerebrais - há lugar para todos. No entanto, muitos de nós ainda nos afastamos assustados de tais pessoas ou fingimos ignorá-las—como se não nos atrevêssemos a compreender e aceitar. O tema deste relatório é “Nova Concepção, Nova Esperança”. Ele mostra como a ciência e a sensibilidade estão se combinando para derrubar barreiras reais e percebidas à atenção e à cura em saúde mental. Isso porque existe uma nova compreensão que oferece uma esperança real aos mentalmente enfermos: a compreensão de como fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais se ajuntam para causar doenças da mente e do cérebro; a compreensão de como são realmente inseparáveis a saúde mental e a física, e de como é complexa e profunda a influência de uma sobre a outra. E isso é apenas o começo. Para mim, falar sobre saúde sem falar em saúde mental é como afinar um instrumento e deixar algumas notas dissonantes.

A OMS está fazendo uma declaração muito simples: a saúde mental - negligenciada por demasiado tempo - é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz.

Nosso apelo terá a adesão da Assembléia Geral das Nações Unidas, que marca este ano o décimo aniversário dos direitos dos doentes mentais à proteção e assistência. Acredito que o *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001* vem renovar a ênfase dada aos princípios proclamados pela ONU há uma década. O primeiro desses princípios é o de que não deverá existir discriminação em virtude de doenças mentais. Outro é o de que, na medida do possível, deve-se conceder a todo paciente o direito de ser tratado e atendido em sua própria comunidade. E o terceiro é o de que todo paciente deverá ter o direito de ser tratado num ambiente o menos restritivo, com o tratamento menos restritivo ou intrusivo.

No correr deste ano, os nossos Estados Membros fizeram avançar a nossa luta concentrando a atenção em vários aspectos da saúde mental, quer fossem eles médicos, sociais ou políticos. Este ano, a OMS está apoiando também a organização e o lançamento de campanhas globais sobre controle da depressão e prevenção do suicídio, da esquizofrenia e da epilepsia. A Assembléia Mundial da Saúde 2001 discutiu a saúde mental em todas as suas dimensões. Para nós na Organização Mundial da Saúde e na comunidade geral das profissões de saúde, esse enfoque aumentado e sustentado oferece uma oportunidade e um desafio.

Ainda resta muito por fazer. Não sabemos quantas pessoas não estão recebendo a atenção de que necessitam—uma atenção que está disponível, que pode ser obtida sem um custo elevado. As estimativas iniciais indicam que cerca de 450 milhões de pessoas atualmente vivas sofrem transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então problemas psicossociais como os relacionados com o abuso do álcool e das drogas. Muitas sofrem em silêncio. Além do sofrimento e além da ausência de atenção encontram-se as

fronteiras da estigmatização, da vergonha, da exclusão e, mais freqüentemente do que desejaríamos reconhecer, da morte.

A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e situa-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial. Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão nos próximos 20 anos a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas da carga mundial de doenças. Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se.

Rara é a família poupada de um encontro com transtornos mentais.

Uma de cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em dada fase da vida. O risco de certos transtornos, inclusive a doença de Alzheimer, aumenta com a idade. As conclusões são óbvias para a população que está envelhecendo no mundo. A carga social e econômica da doença mental é tremenda.

Sabemos hoje que a maioria das doenças, mentais e físicas, é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nossa compreensão do relacionamento entre saúde mental e física vem crescendo rapidamente. Sabemos que os transtornos mentais resultam de muitos fatores e têm a sua base física no cérebro. Sabemos que eles podem afetar a todos, em toda parte. E sabemos que, mais freqüentemente do que se pensa, podem ser tratados eficazmente.

Este relatório aborda os transtornos depressivos, a esquizofrenia, o retardo mental, os transtornos da infância e da adolescência, a dependência das drogas e do álcool, a doença de Alzheimer e a epilepsia. Todos esses transtornos são comuns, e todos causam grave incapacitação. A epilepsia, embora não seja uma doença mental, foi incluída porque enfrenta muitas vezes os mesmos estigmas, a mesma ignorância e o mesmo medo associado às doenças mentais.

Nosso relatório é uma revisão geral daquilo que sabemos sobre a carga atual e futura de todos esses transtornos e dos principais fatores que para eles contribuem. Ele aborda a efetividade da prevenção e a disponibilidade bem como os obstáculos ao tratamento. Examinamos detidamente a provisão e o planejamento de serviços. E o relatório termina enunciando resumidamente as políticas necessárias para assegurar o fim do estigma e da discriminação, bem como para a implantação de prevenção e tratamento eficaz, com financiamento adequado.

Em diferentes contextos, fazemos esta simples afirmação: dispomos dos meios e do conhecimento científico para ajudar os portadores de transtornos mentais e cerebrais. Os governos têm-se mostrado desidiosos, tanto como a comunidade da saúde pública. Por acidente ou por desígnio, todos nós somos responsáveis por essa situação. Como a principal instituição mundial de saúde pública, a OMS tem uma e apenas uma opção: assegurar que a nossa geração seja a última a permitir que a vergonha e o estigma tomem a frente da ciência e da razão.

Gro Harlem Brundtland
Genebra
Outubro de 2001

PANORAMA GERAL

Esta marcante publicação da Organização Mundial da Saúde procura despertar a consciência do público e dos profissionais para o real ônus dos transtornos mentais e seus custos em termos humanos, sociais e econômicos. Ao mesmo tempo, empenha-se em ajudar a derrubar muitas das barreiras—especialmente a estigmatização, a discriminação e a insuficiência dos serviços—que impedem milhões de pessoas em todo o mundo de receber o tratamento de que necessitam e que merecem.

Em muitos aspectos, o *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001* proporciona uma nova maneira de compreender os transtornos mentais, oferecendo uma nova esperança aos doentes mentais e a suas famílias em todos os países e todas as sociedades. Apanhado geral do que se sabe sobre a carga atual e futura desses transtornos, bem como dos seus principais fatores contributivos, o relatório analisa o âmbito da prevenção, a disponibilidade de tratamento e os obstáculos a ele. Examina detalhadamente a provisão e o planejamento de serviços e termina com um conjunto de recomendações de longo alcance que cada país pode adaptar de acordo com suas necessidades e seus recursos.

São as seguintes as dez recomendações para ação:

1. PROPORCIONAR TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O manejo e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas ter acesso mais fácil e mais rápido aos serviços—é preciso reconhecer que muitos já estão buscando assistência nesse nível. Isso não só proporciona uma atenção melhor como também reduz o desperdício resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos. Para que isso aconteça, porém, é preciso que o pessoal de saúde em geral receba treinamento nas aptidões essenciais da atenção em saúde mental. Esse treinamento garante o melhor uso dos conhecimentos disponíveis para o maior número de pessoas e possibilita a imediata aplicação de intervenções. Assim, a saúde mental deve ser incluída nos programas de formação, com cursos de atualização destinados a melhorar a efetividade no manejo de transtornos mentais nos serviços de saúde gerais.

2. DISPONIBILIZAR MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Devem ser fornecidos e estar constantemente disponíveis medicamentos psicotrópicos essenciais em todos os níveis da atenção de saúde. Esses medicamentos devem ser incluídos nas listas de drogas essenciais de todos os países, e as melhores drogas para tratamento de afecções devem estar disponíveis sempre que for possível. Em alguns países, isso pode exigir modificações na legislação regulamentadora. Esses medicamentos podem atenuar sintomas, reduzir a incapacidade, abreviar o curso de muitos transtornos e prevenir recorrências. Muitas vezes, eles proporcionam o tratamento de primeira linha, especialmente em situações nas quais não estão disponíveis intervenções psicossociais nem profissionais altamente capacitados.

3. PROPORCIONAR ATENÇÃO NA COMUNIDADE

A atenção baseada na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade da vida das pessoas com transtornos mentais crônicos do que o tratamento institucional. A transferência de pacientes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também efetiva em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e

limitar o estigma associado com o tratamento. Os grandes hospitais psiquiátricos de tipo carcerário devem ser substituídos por serviços de atenção na comunidade, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e atenção domiciliar que atenda a todas as necessidades dos doentes que eram de responsabilidade daqueles hospitais. Essa mudança para a atenção comunitária requer a disponibilidade de trabalhadores em saúde e serviços de reabilitação no nível da comunidade, juntamente com a provisão de apoio em face de crises e proteção na moradia e no emprego.

4. EDUCAR O PÚBLICO

Devem ser lançadas em todos os países campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. A meta principal é reduzir os empecilhos ao tratamento e à atenção, aumentando a consciência da frequência dos transtornos mentais, sua susceptibilidade ao tratamento, o processo de recuperação e os direitos humanos das pessoas com tais transtornos. As opções de atenção disponíveis e seus benefícios devem ser amplamente divulgados, de tal forma que as respostas da população geral, dos profissionais, da mídia, dos formuladores de políticas e dos políticos reflitam os melhores conhecimentos disponíveis. Isso já é uma prioridade em diversos países e em várias organizações nacionais e internacionais. Uma bem planejada campanha de sensibilização e educação do público pode reduzir a estigmatização e a discriminação, fomentar o uso dos serviços de saúde mental e lograr uma aproximação maior entre a saúde mental e a saúde física.

5. ENVOLVER AS COMUNIDADES, AS FAMÍLIAS E OS USUÁRIOS

As comunidades, as famílias e os usuários devem ser incluídos na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços. Isso deve resultar num dimensionamento melhor dos serviços às necessidades da população e na sua melhor utilização. Ademais, as intervenções devem levar em conta a idade, o sexo, a cultura e as condições sociais, a fim de atender às necessidades das pessoas com transtornos mentais e de suas famílias.

6. ESTABELEECER POLÍTICAS, PROGRAMAS E LEGISLAÇÃO NACIONAIS

A política, os programas e a legislação sobre saúde mental constituem etapas necessárias de uma ação significativa e sustentada. E devem basear-se nos conhecimentos atuais e na consideração dos direitos humanos. A maioria dos países terá de elevar o nível atual das suas verbas para programas de saúde mental. Alguns que recentemente elaboraram ou reformularam suas políticas e leis registraram progresso na implementação de seus programas de atenção em saúde mental. As reformas da saúde mental devem fazer parte das reformas maiores do sistema de saúde. Os planos de seguro-saúde não devem discriminar contra as pessoas com transtornos mentais, a fim de proporcionar um acesso maior ao tratamento e reduzir o ônus da atenção.

7. PREPARAR RECURSOS HUMANOS

A maioria dos países em desenvolvimento precisa aumentar e aprimorar a formação de profissionais para a saúde mental, que darão atenção especializada e apoiarão programas de atenção primária de saúde. Falta na maioria dos países em desenvolvimento um número adequado daqueles especialistas para preencher os quadros dos serviços de saúde mental. Uma vez formados, esses profissionais devem ser estimulados a permanecer em seus países, em cargos que façam o melhor uso das suas aptidões. Essa formação de recursos humanos é especialmente necessária para países que dispõem atualmente de poucos recursos. Embora a atenção primária ofereça o contexto mais vantajoso para a atenção inicial, há necessidade de especialistas para prover toda

uma série de serviços. Em condições ideais, as equipes especializadas em atenção em saúde mental deveriam incluir profissionais médicos e não médicos, tais como psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais psiquiátricos e terapeutas ocupacionais, que podem trabalhar juntos com vistas à atenção e à integração total dos pacientes na comunidade.

8. FORMAR VÍNCULOS COM OUTROS SETORES

Outros setores além do da saúde, como educação, trabalho, previdência social e direito, bem como certas organizações não-governamentais, devem ter participação na melhoria da saúde mental das comunidades. As organizações não-governamentais devem mostrar-se muito mais atuantes, com papéis mais bem definidos, assim como devem ser estimuladas a dar maior apoio a iniciativas locais.

9. MONITORIZAR A SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

A saúde mental das comunidades deve ser monitorizada mediante a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e notificação sobre saúde. Os indicadores devem incluir tanto o número de indivíduos com transtornos mentais e a qualidade da atenção que recebem como algumas medidas mais gerais da saúde mental das comunidades. Essa monitorização ajuda a determinar tendências e detectar mudanças na saúde mental em resultado de eventos externos, tais como catástrofes. A monitorização é necessária a para verificar a efetividade dos programas de prevenção e tratamento de saúde mental, e fortalece, ademais, os argumentos em favor da provisão de mais recursos. São necessários novos indicadores para a saúde mental das comunidades.

10. DAR MAIS APOIO À PESQUISA

Há necessidade de mais pesquisas sobre os aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental a fim de melhorar a compreensão dos transtornos mentais e desenvolver intervenções mais efetivas. Tais pesquisas devem ser levadas a cabo numa ampla base internacional, visando a compreensão das variações de uma para outra comunidade e um conhecimento maior dos fatores que influenciam a causa, a evolução e o resultado dos transtornos mentais. É urgentemente necessário o fortalecimento da capacidade de investigação nos países em desenvolvimento.

TRÊS CENÁRIOS PARA A AÇÃO

Para que estas recomendações sejam efetivamente postas em prática, é crítica a ação internacional, porque muitos países carecem dos recursos necessários. Os organismos técnicos e de desenvolvimento das Nações Unidas, assim como outros, podem ajudar os países no desenvolvimento da infra-estrutura de saúde mental, na formação de recursos humanos e no fortalecimento da capacidade de pesquisa.

Para ajudar a orientar os países, o relatório sugere na parte final “três cenários para a ação”, de acordo com os diferentes níveis de recursos nacionais para saúde mental ao redor do mundo. O Cenário A, por exemplo, aplica-se aos países economicamente mais pobres, onde tais recursos são completamente ausentes ou muito limitados. Mesmo nesses casos, pode-se aplicar ações específicas, tais como treinar todo o pessoal, disponibilizar medicamentos essenciais em todos os serviços de saúde e tirar da prisão os doentes mentais. Para os países com níveis moderados de recursos, o Cenário B sugere, entre outras ações, o fechamento dos hospitais custodiais para doentes mentais e medidas no sentido de integrar a atenção em saúde mental na atenção de saúde geral. O Cenário C, para os países que têm mais recursos, propõe aprimoramentos no manejo de

transtornos mentais na atenção primária de saúde, acesso mais fácil a novos medicamentos e serviços comunitários de atenção que ofereçam 100% de cobertura.

Todas estas ações e recomendações projetam-se do corpo do relatório.

CONFIGURAÇÃO DO RELATÓRIO

O *Capítulo 1* apresenta ao leitor uma nova concepção de saúde mental e explica por que esta é tão importante como a saúde física para o bem-estar geral dos indivíduos, das famílias, das sociedades e das comunidades.

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, os transtornos mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Com o avanço da revolução molecular, os pesquisadores estão adquirindo a capacidade de observar o trabalho do cérebro humano vivo e pensante e de ver e compreender por que ele às vezes funciona menos bem do que poderia funcionar. Avanços futuros trarão uma compreensão mais completa de como o cérebro está relacionado com formas complexas de funcionamento mental e comportamental. Inovações no levantamento de imagens cerebrais e outras técnicas de investigação permitirão um “cinema em tempo real” do sistema nervoso em ação.

Entretantes, a evidência científica trazida do campo da medicina do comportamento demonstrou a existência de uma vinculação fundamental entre saúde mental e física—por exemplo, que a depressão pressagia a ocorrência de distúrbio cardíaco. As pesquisas mostram que existem duas sendas principais pelas quais a saúde física e a mental se influenciam mutuamente.

Uma dessas sendas são os sistemas fisiológicos, como o funcionamento neuroendócrino e imunitário. Os estados afetivos angustiados e deprimidos, por exemplo, desencadeiam uma cascata de mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunitário e criam uma susceptibilidade maior a toda uma série de doenças físicas.

Outra senda é o comportamento saudável, que diz respeito a atividades como regime alimentar, exercício, práticas sexuais, uso do fumo e observância de tratamentos médicos. O comportamento de uma pessoa em matéria de saúde depende muito da saúde mental dessa pessoa. Por exemplo, indícios recentes vieram mostrar que os jovens com transtornos psiquiátricos como depressão e abuso de substâncias têm mais probabilidades de se tornarem fumantes e ter um comportamento sexual de alto risco.

Os fatores psicológicos do indivíduo estão relacionados também com o desenvolvimento de transtornos mentais. As relações de uma criança com seus pais ou outros provedores de atenção durante a infância têm caráter crítico. Seja qual for a causa específica, a criança privada de uma criação afetiva tem mais probabilidades de sofrer transtornos de comportamento, seja na infância, seja mais adiante. São também importantes fatores sociais como a urbanização descontrolada, a pobreza e a rápida transformação tecnológica. É particularmente importante a relação entre saúde mental e pobreza: os pobres e os carentes acusam uma prevalência maior de transtornos, inclusive o abuso de substâncias. É alto o desnível de tratamento da maioria dos transtornos mentais. Para os pobres, porém, esse desnível é enorme.

O *Capítulo 2* começa por encarar o desnível de tratamento como um dos mais importantes problemas de saúde mental de hoje. E assim faz descrevendo inicialmente a magnitude e o ônus dos transtornos mentais e comportamentais. O capítulo mostra que tais transtornos são comuns, afetando 20–25% de todas as pessoas em dado momento durante a sua vida. São também universais, afetando todos os países e sociedades, bem como indivíduos de todas as idades. Esses transtornos têm pronunciado impacto

econômico direto e indireto nas sociedades, incluindo o custo dos serviços. É tremendo o impacto negativo sobre a qualidade da vida dos indivíduos e famílias. Há estimativas de que, em 2000, transtornos mentais e neurológicos foram responsáveis por 12% do total de anos de vida ajustados por incapacitação (AVAI) perdidos em virtude de todas as doenças e lesões. Projeta-se que, até 2020, a carga dessas doenças terá crescido para 15%. E, no entanto, somente uma pequena minoria das pessoas atualmente afetadas recebe qualquer tratamento.

O capítulo apresenta um grupo de transtornos comuns que geralmente causam incapacitação grave; e descreve como eles são identificados e diagnosticados, assim como o seu impacto sobre a qualidade da vida. Fazem parte do grupo os transtornos depressivos, a esquizofrenia, os resultantes do abuso de substâncias, a epilepsia, o retardo mental, os transtornos da infância e da adolescência e a doença de Alzheimer. A epilepsia, embora seja um distúrbio claramente neurológico, é incluída por ter sido historicamente encarada como doença mental e ser ainda considerada como tal em muitas sociedades. Assim como os portadores de transtornos mentais, os epiléticos são estigmatizados e sofrem também incapacitação grave quando não tratados.

Os fatores que determinam a prevalência, a manifestação e o curso desses transtornos são a pobreza, o sexo, a idade, os conflitos e catástrofes, doenças físicas graves e o clima familiar e social. Muitas vezes, ocorrem juntos dois ou mais transtornos mentais numa pessoa e é comum a ocorrência de ansiedade combinada com transtornos depressivos.

O capítulo examina a possibilidade de suicídio associado com tais transtornos. Três aspectos do suicídio têm importância em saúde pública. Primeiro, esta é a principal causa de morte entre os jovens na maioria dos países desenvolvidos e também em muitos dos países em desenvolvimento. Segundo, há consideráveis variações nas taxas de suicídio de um país para outro, entre os sexos e entre diferentes grupos de idade, o que indica uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Em terceiro lugar, os suicídios de pessoas mais jovens e de mulheres passaram recentemente a constituir um crescente problema em muitos países. A prevenção do suicídio é um dos temas abordados no capítulo seguinte.

O *Capítulo 3* aborda a solução de problemas de saúde mental. Põe em evidência um tema chave de todo o relatório, um tema que figura destacadamente nas recomendações gerais. Trata-se da transferência positiva, recomendada para todos os países e já ocorrendo em alguns, dos hospitais ou instituições de tipo carcerário para a atenção na comunidade, com apoio na disponibilidade de leitos para casos agudos nos hospitais gerais.

Na Europa, no século XIX, a doença mental era vista, por um lado, como assunto legítimo para a pesquisa científica: a psiquiatria germinou como disciplina médica e os portadores de transtornos mentais passaram a ser considerados como pacientes da medicina. Por outro lado, os portadores desses transtornos, tais como os que tinham muitas outras doenças e formas indesejáveis de comportamento social, eram isolados da sociedade em grandes instituições carcerárias, os manicômios públicos, que vieram depois a ser chamados de hospitais psiquiátricos. Essas tendências foram depois exportadas para a África, as Américas e a Ásia.

Durante a segunda metade do século XX, ocorreu uma mudança no paradigma da atenção em saúde mental, devida em grande parte a três fatores independentes. Primeiro, registrou-se progresso significativo na psicofarmacologia, com o descobrimento de novas classes de drogas, especialmente agentes neurolépticos e antidepressivos, bem como o desenvolvimento de novas formas de intervenções psicossociais. Segundo, o movimento dos direitos humanos transformou-se num fenômeno verdadeiramente internacional, sob a égide da recém-criada Organização das Nações Unidas, e a democracia acusou avanços

em todo o mundo. Em terceiro lugar, foi firmemente incorporado um elemento mental no conceito de saúde definido pela recém-criada OMS. Juntas, essas ocorrências estimularam o abandono da atenção em grandes instituições carcerárias em favor de uma atenção mais aberta e flexível na comunidade.

O malogro dos manicômios é evidenciado por repetidos casos de maus-tratos aos pacientes, isolamento geográfico e profissional das instituições e do seu pessoal, insuficiência dos procedimentos para notificação e prestação de contas, má administração e gestão ineficiente, má aplicação dos recursos financeiros, falta de treinamento do pessoal e procedimentos inadequados de inspeção e controle de qualidade.

Já na atenção comunitária, o que se procura é proporcionar boa atenção e a emancipação das pessoas com transtornos mentais e de comportamento. Na prática, a atenção comunitária implica o desenvolvimento de uma ampla gama de serviços em contextos locais. Esse processo, que ainda não começou em muitas regiões e países, tem em vista assegurar que sejam proporcionadas integralmente algumas das funções do asilo e que não sejam perpetuados os aspectos negativos das instituições.

São as seguintes as características da provisão de atenção no âmbito comunitário:

- serviços situados perto do domicílio, inclusive a atenção proporcionada por hospitais gerais na admissão de casos agudos, e dependências residenciais de longo prazo na comunidade;
- intervenções relacionadas tanto com as deficiências quanto com os sintomas;
- tratamento e atenção específicos para o diagnóstico e as necessidades de cada indivíduo;
- uma ampla gama de serviços que leva em conta as necessidades das pessoas com transtornos mentais e comportamentais;
- serviços que são combinados e coordenados entre profissionais de saúde mental e organismos da comunidade;
- serviços ambulatoriais e não estáticos, inclusive aqueles que podem oferecer tratamento no domicílio;
- parceria com os provedores de atenção e atendimento das suas necessidades;
- legislação em apoio aos mencionados aspectos da atenção.

Este capítulo, porém, não recomenda o fechamento de hospitais para doentes mentais sem que existam alternativas comunitárias, nem, por outro lado, a criação de alternativas comunitárias sem fechar os hospitais psiquiátricos. As duas coisas terão de ocorrer ao mesmo tempo, de uma forma bem coordenada e paulatina. Um processo de desinstitucionalização bem fundamentado tem três componentes essenciais:

- prevenção de admissões impróprias em hospitais psiquiátricos mediante a provisão de serviços comunitários;
- retorno à comunidade dos pacientes institucionais de longo prazo que tenham passado por uma preparação adequada;
- estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio comunitário para pacientes não institucionalizados.

Em muitos países em desenvolvimento, os programas de atenção em saúde mental têm baixa prioridade. A provisão é limitada a um pequeno número de instituições que geralmente estão com excesso de lotação e pessoal insuficiente e ineficiente. Os serviços denotam pouca compreensão das necessidades dos doentes ou da variedade de abordagens disponíveis para tratamento e atenção. Não há atenção psiquiátrica para a maior parte da população. Os únicos serviços existentes estão situados em grandes hospitais psiquiátricos que operam no âmbito de leis que são mais penais do que

terapêuticas. Não são facilmente acessíveis e se convertem em comunidades fechadas, isoladas da sociedade em geral.

Não obstante as grandes diferenças na atenção em saúde mental entre países em desenvolvimento e desenvolvidos, eles têm um problema comum: muitas pessoas que poderiam ser beneficiadas não tiram partido dos serviços psiquiátricos disponíveis. Mesmo em países com serviços bem estabelecidos, menos da metade das pessoas que necessitam de atenção faz uso desses serviços. Isso tem a ver tanto com o estigma ligado a portadores de transtornos mentais e comportamentais, quanto com a impropriedade dos serviços prestados.

O capítulo identifica importantes princípios da atenção em saúde mental. Incluem-se entre eles o diagnóstico, a intervenção precoce, o uso racional de técnicas de tratamento, a continuidade da atenção e uma ampla variedade de serviços. Constituem princípios adicionais a participação dos usuários, as associações com as famílias, o envolvimento da comunidade local e a integração na atenção primária de saúde. O capítulo descreve também três ingredientes fundamentais da atenção—medicação, psicoterapia e reabilitação psicossocial—e assinala que é sempre necessária uma combinação equilibrada deles. Ademais, discute a prevenção, o tratamento e a reabilitação no contexto dos transtornos destacados no relatório.

O *Capítulo 4* trata da política de saúde mental e da provisão de serviços. Proteger e melhorar a saúde mental da população constituem uma tarefa complexa que envolve múltiplas decisões. Requer a fixação de prioridades entre necessidades de saúde mental, condições, serviços, tratamentos e estratégias de prevenção e promoção, bem como escolhas a serem feitas em relação ao seu financiamento. É preciso que os serviços e as estratégias de saúde mental sejam bem coordenados tanto entre si como com outros serviços, tais como seguridade social, educação e intervenções públicas no emprego e na habitação. Os resultados em saúde mental devem ser monitorizados e analisados, para que as decisões possam ser continuamente ajustadas para fazer face a novos desafios.

É preciso que os governos, como gestores finais da saúde mental, assumam a responsabilidade por assegurar que essas complexas atividades sejam levadas a cabo. Uma função crítica dessa gestão é a formulação e implementação de políticas. Para isso é preciso identificar os principais problemas e objetivos, definir os papéis respectivos dos setores público e privado no financiamento e na provisão, e identificar os instrumentos de política e dispositivos organizacionais necessários no setor público e possivelmente no privado para atingir objetivos de saúde mental. São também necessários incentivo à ação, para fortalecimento de capacidade e desenvolvimento organizacional, e provisão de orientação para a priorização dos gastos, ligando assim a análise de problemas com as decisões sobre a alocação de recursos.

O capítulo analisa detidamente esses aspectos, começando pelas opções para esquemas de financiamento para a prestação de serviços de saúde mental, assinalando ao mesmo tempo que as características destes não devem ser diferentes das dos serviços de saúde em geral. É necessário proteger as pessoas contra riscos financeiros catastróficos, o que implica minimizar os pagamentos do próprio bolso em favor de métodos de pagamento antecipado, seja pela via da tributação geral, seja pelo seguro social compulsório ou pelo seguro privado voluntário. Os são devem subsidiar os doentes mediante mecanismos de pré-pagamento, e um bom sistema de financiamento significará também, pelo menos em certo grau, a subsídio dos pobres pelos abastados.

O capítulo prossegue com um esboço da formulação da política de saúde mental, que muitas vezes, conforme observa, é separada das políticas sobre álcool e drogas. Assinala também que as políticas sobre saúde mental, álcool e drogas devem ser formuladas no contexto de um conjunto complexo de políticas governamentais de saúde e bem-estar e

políticas sociais gerais. Há que reconhecer as realidades sociais, políticas e econômicas nos níveis local, regional e nacional.

A formulação de políticas deve-se respaldar em informações atualizadas e idôneas com referência à comunidade, aos indicadores de saúde mental, aos tratamentos eficazes, às estratégias de prevenção e promoção e aos recursos para a saúde mental. Será preciso revisar periodicamente essas políticas.

As políticas devem dar destaque aos grupos vulneráveis com necessidades especiais de saúde mental, tais como as crianças, os idosos e as mulheres vítimas de abusos, bem como os refugiados e as pessoas deslocadas em países onde há guerras civis ou conflitos internos.

As políticas devem incluir também a prevenção do suicídio. Isso significa, por exemplo, reduzir o acesso a venenos e armas de fogo, bem como a destoxificação do gás de uso doméstico e do escapamento dos automóveis. Tais políticas devem garantir a atenção não somente para indivíduos particularmente em risco, como para os que têm depressão, esquizofrenia ou dependência do álcool, como também para o controle do álcool e das drogas ilícitas.

Em muitos países, as verbas para saúde mental são aplicadas principalmente na manutenção da atenção institucional, com pouca ou nenhuma disponibilização de recursos para serviços mais efetivos na comunidade. Na maioria dos países, os serviços de saúde mental precisam ser avaliados, reavaliados e reformados, para proporcionar o melhor tratamento e atenção disponível. O capítulo aborda três maneiras de melhorar a forma em que os serviços são organizados, mesmo com recursos limitados, para que aqueles que deles necessitam possam fazer pleno uso deles. São elas: retirada da atenção do âmbito dos hospitais psiquiátricos, desenvolvimento de serviços de saúde mental comunitários e integração dos serviços de saúde mental na atenção geral de saúde.

O capítulo examina também assuntos como a garantia da disponibilidade de psicotrópicos, a criação de vínculos intersetoriais, a escolha de opções de saúde mental, os papéis público e privado na prestação de serviços, a formação de recursos humanos, a definição de papéis e funções dos trabalhadores em saúde e a promoção não somente da saúde mental como também dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Neste último caso, são indispensáveis leis capazes de garantir a proteção dos seus direitos humanos fundamentais.

Impõe-se uma colaboração intersetorial entre órgãos do governo para que as políticas de saúde mental se beneficiem da linha central de programas governamentais. Ademais, são necessários aportes do setor da saúde mental para assegurar que todas as atividades e políticas governamentais contribuam para a saúde mental, e não para ir de encontro a elas. Isso requer mão-de-obra e emprego, comércio e economia, educação, habitação, outros serviços de bem-estar social e o sistema de justiça criminal.

O capítulo observa que as mais importantes barreiras a superar na comunidade são o estigma e a discriminação, e que se faz necessária uma abordagem em diversos níveis, incluindo o papel dos veículos de mídia e o uso de recursos comunitários para estimular a mudança.

O *Capítulo 5* contém as recomendações e os três cenários para ação enumerados no início deste panorama geral. Ele dá ao relatório uma conclusão otimista, acentuando que existem e estão disponíveis soluções para os transtornos mentais. Os avanços científicos realizados no tratamento de transtornos mentais significam que a maioria dos indivíduos e famílias podem receber ajuda. Além do tratamento e da reabilitação efetiva, há estratégias disponíveis para prevenção de certos transtornos. Uma política e uma legislação apropriada e progressista para a saúde mental muito podem fazer em favor da prestação de serviços aos que deles necessitam. Tem-se aí uma nova concepção e uma nova esperança.

CAPÍTULO 1

A Saúde Mental pelo Prisma da Saúde Pública

A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Não obstante, somente uma pequena minoria dos 450 milhões de pessoas que apresentam transtornos mentais e de comportamento está recebendo tratamento. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, os transtornos mentais e de comportamento resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Embora ainda haja muito por aprender, já temos os conhecimentos e a capacidade necessária para reduzir a carga dos transtornos mentais e comportamentais em todo o mundo.

1

A SAÚDE MENTAL PELO PRISMA DA SAÚDE PÚBLICA

INTRODUÇÃO

Para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social constituem fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países.

Lamentavelmente, na maior parte do mundo, longe está de ser atribuída à saúde mental e aos transtornos mentais a mesma importância dada à saúde física. Em vez disso, eles ficam em geral ignorados ou negligenciados. Devido em parte a isso, o mundo está padecendo de uma crescente carga de transtornos mentais e um crescente “desnível de tratamento”. Hoje, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou de comportamento, mas apenas uma pequena minoria delas recebe mesmo o tratamento mais básico. Nos países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas com transtornos mentais graves a tarefa de carregar como puderem o seu fardo particular de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. Em termos globais, muitos se transformam em vítimas por causa da sua doença e se convertem em alvos de estigma e discriminação.

Provavelmente ocorrerão outros aumentos do número de doentes, devido ao envelhecimento da população, ao agravamento dos problemas sociais e à inquietação civil. Os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo. Esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos.

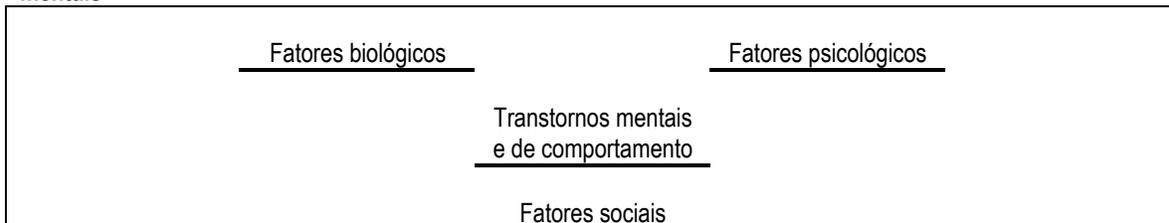
Embora, segundo estimativas, os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde. A relação entre a carga de doenças e o gasto com doenças é visivelmente desproporcional. Mais de 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera. Mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes. Ademais, os planos de saúde freqüentemente deixam de incluir os transtornos mentais e comportamentais no mesmo nível das demais doenças, criando significativos problemas econômicos para os pacientes e suas famílias. E assim, o sofrimento continua e os problemas aumentam.

Isso não ocorre por necessidade. A importância da saúde mental é reconhecida pela OMS desde a sua origem e está refletida na definição de saúde da OMS, como “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Nos últimos anos, essa definição ganhou um foco mais nítido em virtude de muitos e enormes progressos nas ciências biológicas e comportamentais. Estas, por sua vez, aumentaram a nossa maneira de compreender o

funcionamento mental e o profundo relacionamento entre saúde mental, física e social. Dessa nova concepção emerge uma nova esperança.

Sabemos hoje que a maioria das doenças mentais e físicas é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (ver Figura 1.1). Sabemos que os transtornos mentais têm sua base no cérebro. Sabemos que eles afetam pessoas de todas as idades, em todos os países, e que causam sofrimento às famílias e comunidades, tanto como aos indivíduos. E sabemos que, na maioria dos casos, podem ser diagnosticados e tratados de uma forma efetiva em relação ao custo. Como resultado de nosso entendimento, os portadores de transtornos mentais e comportamentais têm hoje uma nova esperança de levar vidas plenas e produtivas nas respectivas comunidades.

Figura 1.1 Interação de fatores biológicos, psicossociais e sociais no desenvolvimento de transtornos mentais



Este relatório apresenta informações referentes ao estado atual dos conhecimentos sobre os transtornos mentais e comportamentais, sobre a sua magnitude e o seu ônus, sobre estratégias de tratamento efetivas e estratégias destinadas a fortalecer a saúde mental mediante políticas e o desenvolvimento de serviços.

O relatório mostra claramente que os governos têm tanta responsabilidade pela saúde mental como pela saúde física de seus cidadãos. Uma das principais mensagens aos governos é a de que os asilos para doentes mentais, onde ainda existem, devem ser fechados e substituídos pela atenção bem organizada, com base na comunidade e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. É preciso acabar com a idéia de deter pessoas com transtornos mentais e comportamentais em instituições psiquiátricas com foros de prisão. A enorme maioria dos portadores de transtornos mentais não é violenta. Somente uma pequena proporção dos transtornos mentais e de comportamento está associada com aumento do risco de violência, e a probabilidade dessa violência pode ser diminuída por serviços abrangentes de saúde mental.

Como gestores finais de qualquer sistema de saúde, os governos precisam assumir a responsabilidade por assegurar a elaboração e implementação de políticas de saúde mental. Este relatório recomenda estratégias em que os países devem empenhar-se, inclusive a integração do tratamento e dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde, e especialmente na atenção primária. Este enfoque está sendo aplicado com êxito em vários países. Em muitas partes do mundo, porém, muito mais ainda está por fazer.

PARA COMPREENDER A SAÚDE MENTAL

Estudiosos de diferentes culturas dão diferentes definições à saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível

definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais.

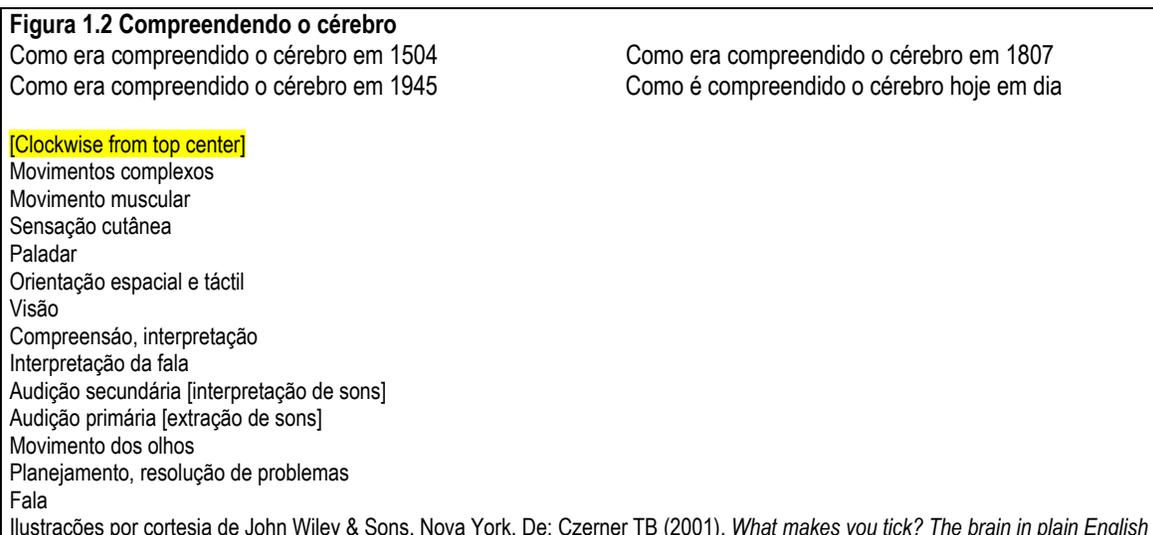
É importante compreender a saúde mental e, de modo mais geral, o funcionamento mental, porque vem daí a base sobre a qual se formará uma compreensão mais completa do desenvolvimento dos transtornos mentais e comportamentais.

Nos últimos anos, novas informações dos campos da neurociência e da medicina do comportamento trouxeram expressivos avanços à nossa maneira de ver o funcionamento mental. Está se tornando cada vez mais claro que o funcionamento mental tem um substrato fisiológico e está indissociavelmente ligado com o funcionamento físico e social e com os resultados de saúde.

AVANÇOS NA NEUROCIÊNCIA

O *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001* aparece num momento empolgante da história das neurociências. Estas constituem um ramo da ciência que se dedica à anatomia, fisiologia, bioquímica e biologia molecular do sistema nervoso, especialmente no que se refere ao comportamento e à aprendizagem. Avanços espetaculares na biologia molecular estão proporcionando uma visão mais completa dos blocos de que são formadas as células nervosas (neurônios). Esses avanços continuarão proporcionando uma plataforma crítica para a análise genética das doenças humanas e contribuirão para novos enfoques em busca de tratamentos.

A compreensão da estrutura e do funcionamento do cérebro evoluiu nos últimos 500 anos (Figura 1.2). À medida que prossegue a revolução molecular, ferramentas como a neuroimagem e a neurofisiologia estão permitindo aos investigadores observar o funcionamento do cérebro humano vivo enquanto sente e pensa. Usadas em combinação com a neurociência cognitiva, as técnicas de imagem tornam cada vez mais possível identificar as partes específicas do cérebro usadas para diferentes aspectos do pensamento e da emoção.



O cérebro tem a responsabilidade de combinar informações genéticas, moleculares e bioquímicas com informações procedentes do mundo. Como tal, é um órgão extremamente complexo. Dentro deles há dois tipos de células: neurônios e neuróglia. Os neurônios são responsáveis pelo envio e recebimento de impulsos ou sinais nervosos. Coletivamente, existe

mais de um bilhão de neurônios no cérebro, compreendendo milhares de tipos diferentes. Cada um deles comunica-se com outros neurônios por meio de estruturas especializadas denominadas sinapses. Mais de cem diferentes produtos químicos cerebrais, denominados neurotransmissores, comunicam-se através das sinapses. No total, provavelmente existem mais de 100 trilhões de sinapses no cérebro. Circuitos formados por centenas ou milhares de neurônios dão lugar a complexos processos mentais e comportamentais.

No estado fetal, os genes determinam a formação do cérebro. O resultado é uma estrutura específica e altamente organizada. Esse desenvolvimento inicial pode ser também influenciado por fatores ambientais como a nutrição da gestante e o uso de substâncias (álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas) ou a exposição a radiações. Após o parto e durante toda a vida, experiências de todos os tipos têm o poder não só de produzir comunicação imediata entre neurônios como também de desencadear processos moleculares que remodelam as conexões sinápticas (Hyman 2000). Esse processo, descrito como **plasticidade sináptica**, modifica, literalmente, a estrutura física do cérebro. Podem ser criadas sinapses novas, removidas sinapses velhas, fortalecidas ou enfraquecidas sinapses existentes. O resultado é a modificação do processamento de informações dentro do circuito para acomodar a nova experiência.

Antes do nascimento, na infância e durante toda a vida adulta, os genes participam numa série de interações inextricáveis. Cada ato de aprendizagem—processo que depende tanto de determinados circuitos como da regulação de determinados genes—modifica fisicamente o cérebro. De fato, o notável sucesso evolutivo do cérebro humano está no fato de que, dentro de certos limites, ele se mantém plástico durante toda a vida. O recente descobrimento de que a plasticidade sináptica é vitalícia representa uma reviravolta das teorias anteriores, segundo as quais seria estática a estrutura do cérebro humano (ver Caixa 1.1).

Caixa 1.1 O cérebro: uma nova compreensão ganha Prêmio Nobel

O Prêmio Nobel de Psicologia e Medicina de 2000 foi outorgado aos professores Arvid Carlsson, Paul Greengard e Eric Kandel, por seus descobrimentos sobre como as células cerebrais se comunicam umas com as outras.¹ Suas pesquisas relacionam-se com a transdução de sinais no sistema nervoso, que ocorre nas sinapses (pontos de contato entre células cerebrais). Essas descobertas são cruciais no avanço da compreensão do funcionamento normal do cérebro e de como perturbações dessa transdução de sinais podem resultar em transtornos mentais e de comportamento. Esses achados já levaram ao aperfeiçoamento de novos medicamentos eficazes.

A pesquisa de Arvid Carlsson revelou que a dopamina é um transmissor cerebral que ajuda a controlar os movimentos e que a doença de Parkinson está relacionada com a carência de dopamina. Em virtude desse descobrimento, existe hoje um tratamento eficaz (L-DOPA) para o parkinsonismo. O trabalho de Carlsson demonstrou também como atuam outras medicações, especialmente as drogas usadas no tratamento da esquizofrenia, e levou ao aperfeiçoamento de uma nova geração de antidepressivos eficazes.

Paul Greengard descobriu como a dopamina e vários outros neurotransmissores exercem sua influência na sinapse. Sua pesquisa veio esclarecer o mecanismo pelo qual atuam vários medicamentos psicoativos.

Eric Kandel mostrou como mudanças na função sináptica estão no centro da aprendizagem e da memória. Ele descobriu que o desenvolvimento da memória de longo prazo exige uma mudança na síntese de proteínas que pode levar também a mudanças na forma e função da sinapse. Essas pesquisas, aumentando a compreensão dos mecanismos cerebrais cruciais para a memória, aumenta a possibilidade de aperfeiçoamento de novos tipos de medicamentos para melhorar o funcionamento da memória.

¹ Butcher J (2000). A Nobel pursuit. *The Lancet*, 356; 1331.

Por notáveis que tenham sido as descobertas feitas até agora, a neurociência ainda está na infância. Progressos futuros trarão uma compreensão mais completa de como o cérebro está relacionado com complexos processos mentais e comportamentais. Inovações no campo de estudo das imagens cerebrais permitirão, juntamente com estudos

neuropsicológicos e eletrofisiológicos, visualizar em tempo real o trabalho do sistema nervoso. Tais imagens combinar-se-ão com a crescente capacidade de registrar o que ocorre em grande número de neurônios ao mesmo tempo; dessa maneira, será possível decifrar a sua linguagem. Outros avanços basear-se-ão no progresso da genética. Já está disponível no domínio público (em <http://www.ornl.gov/hgmis/>) um anteprojeto de levantamento da seqüência funcional do genoma humano. Um dos usos significativos da informação genômica será a provisão de uma nova base para o desenvolvimento de tratamentos eficazes dos transtornos mentais e de comportamento.

Outro instrumento importante, que fortalecerá a compreensão dos elementos moleculares do desenvolvimento, da anatomia, da fisiologia e do comportamento é a geração de camundongos alterados geneticamente. Quase todos os genes humanos têm gene análogo no camundongo. Essa conservação da função dos genes entre seres humanos e camundongos parece indicar que os modelos baseados naqueles roedores trarão vislumbres fundamentais da fisiologia e da patologia humanas (O'Brien *et al.* 1999). Ao redor do mundo, muitos laboratórios estão envolvidos na inserção ou remoção sistemática de genes identificados, e outros estão empenhados em projetos de geração randomizada de mutações em todo o genoma do camundongo. Esses enfoques ajudarão a ligar os genes com a sua ação nas células, nos órgãos e em organismos inteiros.

A integração dos resultados das pesquisas com neuroimagem e neurofisiologia com os da biologia molecular devem levar a uma compreensão maior da base da função mental normal e anormal, bem como ao desenvolvimento de tratamentos mais eficazes.

AVANÇOS NA MEDICINA DO COMPORTAMENTO

Têm-se verificado avanços não somente na nossa compreensão do funcionamento mental como também no conhecimento de como essas funções influenciam a saúde física. A ciência moderna está descobrindo que, embora seja operativamente conveniente, para fins de discussão, separar a saúde mental da saúde física, isso constitui uma ficção criada pela linguagem. Sabe-se que a maioria das doenças “mentais” e “físicas” é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Ademais, reconhece-se hoje em dia que os pensamentos, os sentimentos e o comportamento exercem significativo impacto na saúde física. Da mesma forma, reconhece-se que a saúde física exerce considerável influência sobre a saúde e o bem-estar mental.

A medicina do comportamento é uma ampla área interdisciplinar que tem por centro a integração dos conhecimentos das ciências comportamentais, psicossociais e biomédicas pertinentes à compreensão da saúde e das doenças. Nos últimos 20 anos, um crescente corpo de provas do campo da medicina comportamental demonstrou a existência de uma conexão fundamental entre saúde mental e saúde física (ver Caixa 1.2). Pesquisas já demonstraram, por exemplo, que mulheres com câncer de mama avançado que participam em terapia de grupo de apoio vivem significativamente mais do que as que não participam em terapia de grupo (Spiegel *et al.* 1989); que a depressão antecipa a incidência de doença cardíaca (Ferketich *et al.* 2000); e que a aceitação realista da própria morte está associada com um decréscimo do tempo de sobrevivência na AIDS, mesmo depois de levada em conta toda uma série de precursores de mortalidade (Reed *et al.* 1994).

De que forma o funcionamento mental e o físico exercem influência um sobre o outro? As pesquisas indicam dois principais caminhos pelos quais a saúde mental e a saúde física se influenciam reciprocamente ao passar do tempo. O primeiro caminho chave é o caminho direto, através dos sistemas fisiológicos, como o funcionamento neuroendócrino e imunitário. O segundo caminho primário acompanha o comportamento para a saúde.

Entende-se por comportamento para a saúde uma ampla série de atividades, tais como comer com sensatez, praticar exercícios regularmente e dormir adequadamente, evitar o fumo, adotar práticas sexuais saudáveis, usar cinto de segurança em veículos e seguir à risca o tratamento médico (ver Caixa 1.3).

Caixa 1.2 Dor e bem-estar

A dor persistente é um grave problema de saúde pública, responsável por indescritíveis sofrimentos e perda de produtividade em todo o mundo. Embora variem as estimativas específicas, há concordância no sentido de que a dor crônica é debilitante e dispendiosa, situando-se entre as dez principais razões de consultas por motivos de saúde e ausências ao trabalho por motivo de doença.

Um recente estudo da OMS sobre 5447 pessoas em 15 centros de estudo situados na Ásia, África, Europa e nas Américas, examinou a relação entre dor e bem-estar.¹ Os resultados mostraram que o número de pessoas com dor persistente tinha mais de quatro vezes mais probabilidade de sofrer ansiedade ou transtornos depressivos do que as que não tinham dor. Essa relação foi observada em todos os centros de estudo, independentemente da localização geográfica. Outros estudos indicaram que ocorre interação entre a intensidade da dor, a incapacidade e a ansiedade/depressão, levando à manifestação e persistência de um estado de dor crônica.

Um recente estudo de atenção primária de 255 pessoas com dor nas costas mostrou que uma intervenção de grupo habilitado sob a direção de leigos diminuiu as preocupações, reduzindo a incapacidade.² A intervenção baseou-se num modelo de automanejo de doenças crônicas e consistiu em quatro aulas de duas horas, uma vez por semana, com 10–15 participantes por classe. Os líderes leigos, que tinham também dor crônica ou recorrente nas costas, receberam dois dias de treinamento formal por um clínico familiarizado com o tratamento de dor nas costas e com o programa de tratamento. Não se manifestou problema significativo com os líderes leigos e a sua capacidade de implementar as intervenções foi considerada digna de nota. Esse estudo indica que profissionais fora da área da saúde podem produzir com êxito intervenções comportamentais estruturadas, fato que se afigura promissor para aplicações em outras áreas patológicas.

¹ George O *et al.* (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 280(2): 147-151.

² Von Korff *et al.* (1998). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23(23): 2608-2615.

Embora sejam diferentes, os caminhos fisiológicos e comportamentais não são independentes uns dos outros, dado que o comportamento saudável pode afetar a fisiologia (por exemplo, fumar e levar uma vida sedentária decrescem o funcionamento do sistema imune), ao passo que o funcionamento fisiológico pode afetar o comportamento saudável (por exemplo, o cansaço leva ao esquecimento de regimes médicos). O que resulta é um modelo abrangente de saúde mental e física, no qual os vários componentes se inter-relacionam e influenciam reciprocamente.

O caminho fisiológico

Num modelo de saúde integrado e baseado em fatos concretos, a saúde mental (incluindo emoções e padrões de pensamento) projeta-se como determinante chave da saúde geral. O estado afetivo angustiado e deprimido, por exemplo, inicia uma cascata de mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunitário e cria uma susceptibilidade maior a uma série de doenças físicas. Sabe-se, por exemplo, que existe uma relação entre o estresse e o desenvolvimento do resfriado comum (Cohen *et al.* 1991) e que o estresse retarda o fechamento de feridas (Kielcot-Glaser *et al.* 1999).

Embora ainda estejam sem resposta muitas perguntas sobre os mecanismos específicos dessas relações, é evidente que a saúde mental debilitada desempenha significativo papel na diminuição do funcionamento imune, no desenvolvimento de certas doenças e na morte prematura.

Caixa 1.3 Adesão às recomendações do médico

Os pacientes nem sempre seguem ou aderem às recomendações de seus provedores de atenção de saúde. Uma revisão da bibliografia indica que a taxa média de adesão para tratamento farmacológico de longa duração é de pouco mais de 50%, ao passo que é muito baixa a taxa de observância de modificações do estilo de vida, como alteração do regime alimentar, por exemplo. Em geral, quanto mais demorado, complexo ou disruptivo o regime médico, menores são as probabilidades de adesão por parte do paciente. Outros fatores importantes na adesão ao tratamento são as aptidões de comunicação dos provedores, as convicções do paciente quanto à utilidade do regime recomendado e a sua capacidade de obter medicamentos ou outros tratamentos recomendados a custo razoável.

A depressão desempenha importante papel na não-adesão às recomendações médicas. O paciente deprimido tem três vezes mais probabilidades de não seguir o regime médico do que o não deprimido.¹ Isso significa, por exemplo, que o diabético deprimido tem mais probabilidades de seguir um regime alimentar mais deficiente, ter hiperglicemia mais freqüente e maior incapacidade e arcar com custos de atenção de saúde mais altos do que os diabéticos não deprimidos.^{2,3} O tratamento da ansiedade e da depressão em pacientes diabéticos redundam em melhoria dos resultados mentais e físicos.⁴⁻⁶

O forte relacionamento entre depressão e falta de observância indica que estes pacientes, especialmente os que não seguem o tratamento, devem passar por triagens freqüentes e, se necessário, receber tratamento para depressão.

¹ DiMatteo MR *et al.* (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160: 2101-2107.

² Ciechanowski PS *et al.* (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160(32): 3278-3285.

³ Ziegelstein RC *et al.* (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160: 1818-1823.

⁴ Lustman PJ *et al.* (1995). Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 18(8): 1133-1139.

⁵ Lustman PJ *et al.* (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 59(3): 241-250.

⁶ Lustman PJ *et al.* (2000). Fluoxetine for depression in diabetics: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 23(5): 619-623.

O caminho do comportamento saudável

É particularmente importante a compreensão dos determinantes do comportamento saudável, devido ao papel que esse comportamento desempenha na determinação do estado geral de saúde. As doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares e o câncer, cobram um enorme tributo em saúde e vidas em todo o mundo. Muitas delas vinculam-se estreitamente a formas pouco saudáveis de comportamento, como o uso de álcool e tabaco, regime alimentar deficiente e vida sedentária. O comportamento saudável é também um dos principais determinantes da propagação de doenças transmissíveis, inclusive AIDS, por via de práticas sexuais inseguras e o uso de agulhas hipodérmicas comuns. Grande número de doenças pode ser evitado com um comportamento saudável.

O comportamento saudável de cada indivíduo depende muito da saúde mental daquela pessoa. Assim, por exemplo, as doenças mentais e o estresse psicológico afetam o comportamento saudável. Indicações recentes mostraram que os jovens com transtornos psiquiátricos, como a depressão e a dependência de substâncias, por exemplo, têm mais probabilidades de praticar formas de comportamento sexual de alto risco, em comparação com os que não têm transtornos psiquiátricos. Isso os coloca em risco de uma série de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive AIDS (Ranrakha *et al.* 2000). Mas outros fatores também influenciam o comportamento saudável. As crianças e os adolescentes aprendem pela experiência direta, pela informação e pela observação dos outros, e essa aprendizagem afeta o comportamento saudável. Já se demonstrou, por exemplo, que o uso de drogas antes dos 15 anos de idade acusa alta associação com o desenvolvimento do abuso das drogas e do álcool na idade adulta (Jaffe 1995). Influências ambientais como a pobreza ou as normas societárias e culturais também afetam o comportamento saudável.

Por ser ainda recente essa observação científica, o vínculo entre saúde mental e saúde física ainda não foi inteiramente reconhecido nem levou a ações no sistema de atenção de saúde. Os indícios, porém, não deixam dúvida: a saúde mental está fundamentalmente vinculada com os resultados de saúde física.

COMPREENSÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Embora a promoção da saúde mental positiva para todos os membros da sociedade seja evidentemente uma meta importante, ainda há muito que aprender sobre como atingir esse objetivo. Por outro lado, existem hoje intervenções eficazes para toda uma série de problemas de saúde mental. Dado o grande número de pessoas afetadas por transtornos mentais e comportamentais, muitas das quais nunca recebem tratamento, bem como o fardo resultante dos transtornos não tratados, este relatório se concentra nos transtornos mentais e comportamentais, mais do que no conceito mais amplo de saúde mental.

Os transtornos mentais e de comportamento são uma série de distúrbios definidos pela *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos* (CID-10). Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções, comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos a esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas. Uma consideração mais detalhada dos transtornos mentais e de comportamento aparece nos Capítulos 2 e 3. O *continuum* que vai das flutuações normais de humor aos transtornos mentais e comportamentais é ilustrado na Figura 1.3 para o caso de sintomas depressivos.

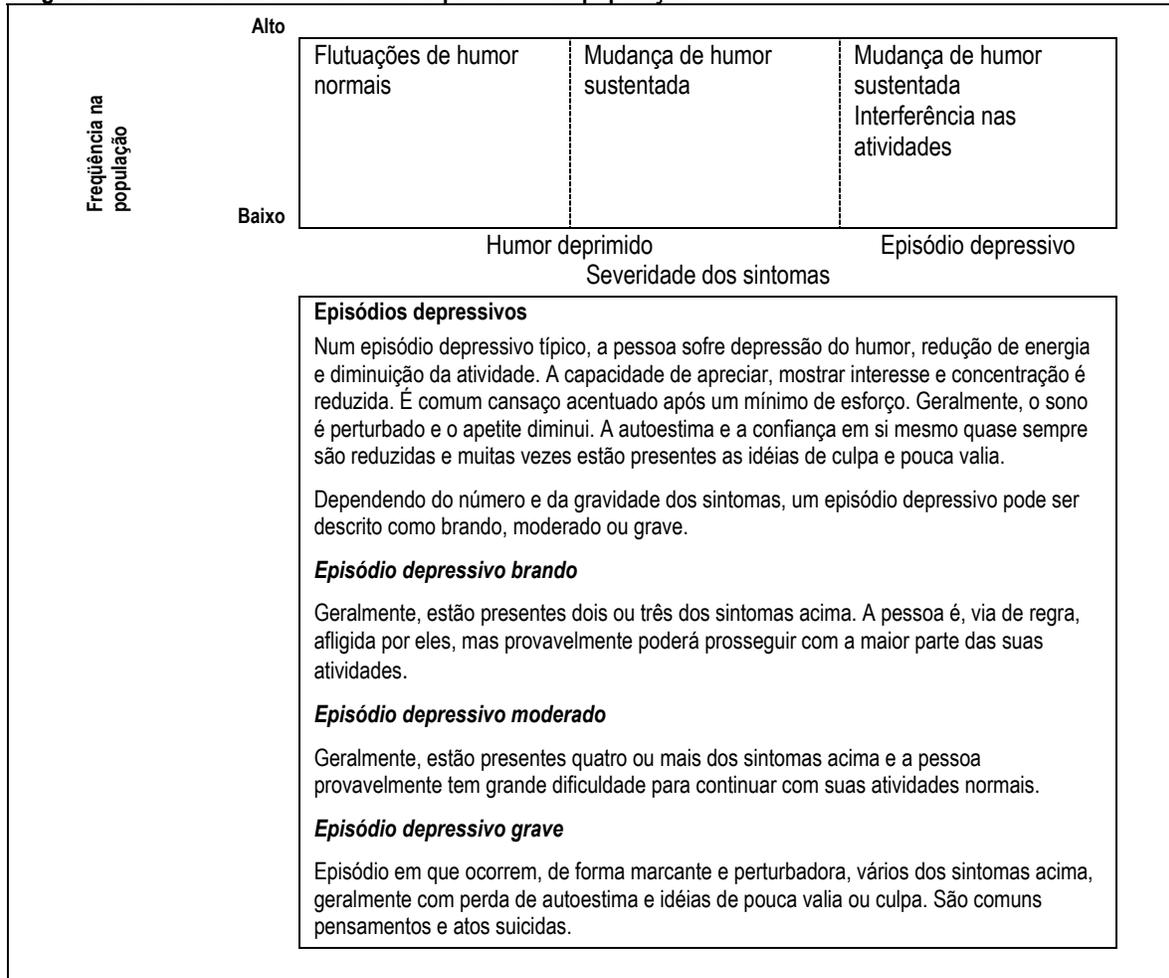
A separação artificial dos fatores psicológicos e sociais tem constituído tremendo obstáculo a uma verdadeira compreensão dos transtornos mentais e de comportamento. Na verdade, esses transtornos são semelhantes a muitas doenças físicas, pelo fato de resultarem de uma complexa interação de todos aqueles fatores.

Por muitos anos, os cientistas discutiram a importância relativa dos *fatores genéticos versus fatores ambientais* no desenvolvimento de transtornos mentais e de comportamento. A evidência científica moderna indica que os transtornos mentais e comportamentais resultam de fatores *genéticos e ambientais*, ou, noutras palavras, da interação da biologia com fatores sociais. O cérebro não reflete simplesmente o desenrolar determinista de complexos programas genéticos, nem é o comportamento humano mero resultado do determinismo ambiental. Já desde antes do nascimento e por toda a vida, os genes e o meio ambiente estão envolvidos numa série de complexas interações. Essas interações são cruciais para o desenvolvimento e evolução dos transtornos mentais e comportamentais.

A ciência moderna está mostrando, por exemplo, que a exposição a estressores durante o desenvolvimento inicial está associada com a hiper-reatividade cerebral persistente e o aumento da probabilidade de depressão numa fase posterior da vida (Heim *et al.* 2000). É promissor o fato de se haver mostrado que a terapia comportamental para transtornos obsessivo-compulsivos resulta em mudanças na função cerebral que podem ser observadas usando técnicas de registro de imagens e que são iguais aos que se podem obter mediante o uso de terapia medicamentosa (Baxter *et al.* 1992). Não obstante, o descobrimento de genes associados com um aumento do risco de transtornos continuará proporcionando instrumentos criticamente importantes, os quais, juntamente com uma compreensão maior dos circuitos neurais, virão trazer novos e importantes vislumbres do desenvolvimento dos transtornos mentais e de comportamento. Ainda há muito que aprender sobre as causas

específicas dos transtornos mentais e comportamentais, mas as contribuições da neurociência, da genética, da psicologia e da sociologia, entre outras, desempenharam importante papel informativo da nossa maneira de compreender essas complexas relações. Uma apreciação cientificamente fundamentada das interações entre os diferentes fatores contribuirá poderosamente para erradicar a ignorância e pôr paradeiro aos maus-tratos infligidos às pessoas com esses problemas.

Figura 1.3 O continuum dos sintomas depressivos na população



FATORES BIOLÓGICOS

A idade e o sexo estão associados com transtornos mentais e comportamentais, e essas associações são examinadas no Capítulo 2.

Já foi demonstrada a associação dos transtornos mentais e comportamentais com perturbações da comunicação neural no interior de circuitos específicos. Na esquizofrenia, anormalidades na maturação dos circuitos neurais podem produzir alterações detectáveis na patologia no nível das células e dos tecidos grossos as quais resultam no processamento incorreto ou mal adaptativo de informações (Lewis e Lieberman 2000). Na depressão, contudo, é possível que não ocorram anormalidades anatômicas distintas, e o risco de doença pode ser devido antes a variações na responsividade dos circuitos neurais (Berke e

Hyman 2000). Estas, por sua vez, podem refletir alterações quase imperceptíveis na estrutura, na localização ou nos níveis de expressão de proteínas críticas para a função normal. Certos transtornos mentais, como a dependência de substâncias psicoativas, por exemplo, podem ser encarados em parte como resultado de plasticidade sináptica mal adaptativa. Noutras palavras, alterações das conexões sinápticas, resultantes quer da ação de drogas, quer da experiência, podem produzir alterações de longo prazo no pensamento, na emoção e no comportamento.

Paralelamente ao progresso na neurociência, ocorreram avanços na genética. Quase todos os transtornos mentais e comportamentais graves comuns estão associados com um significativo componente de risco genético. Estudos do modo de transmissão de transtornos mentais entre diversas gerações de famílias extensas e estudos que comparam o risco de transtornos mentais em gêmeos monozigóticos (idênticos), em oposição a gêmeos dizigóticos (fraternais), levaram, porém, à conclusão de que o risco das formas comuns de transtornos mentais é geneticamente complexo. Os transtornos mentais e comportamentais devem-se predominantemente à interação de múltiplos genes de risco com fatores ambientais. Ademais, é possível que a predisposição genética ao desenvolvimento de determinado distúrbio mental ou comportamental se manifeste somente em pessoas sujeitas a certos estressores que desencadeiam a patologia. Os exemplos de fatores ambientais poderiam abranger desde a exposição a substâncias psicoativas no estado fetal até a desnutrição, infecção, perturbação do ambiente familiar, abandono, isolamento e trauma.

FATORES PSICOLÓGICOS

Existem também fatores psicológicos individuais que se relacionam com a manifestação de transtornos mentais e comportamentais. Um importante achado ocorrido no século XX e que deu forma à compreensão atual é a importância decisiva do relacionamento com os pais e outros provedores de atenção durante a infância. O cuidado afetuoso, atento e estável permite ao lactente e à criança pequena desenvolver normalmente funções como a linguagem, o intelecto e a regulação emocional. O malogro pode ser causado por problemas de saúde mental, doença ou morte de um provedor de atenção. A criança pode ficar separada do provedor devido a pobreza, guerra ou deslocamento populacional. A criança pode carecer de atenção por não haver serviços sociais disponíveis na comunidade maior. Seja qual for a causa específica, a criança privada de afeto por parte de seus cuidadores tem mais probabilidades de manifestar transtornos mentais e comportamentais, seja durante a infância ou numa fase posterior da vida. A comprovação desse achado foi dada por lactentes que viviam em instituições que não proporcionavam um nível de estimulação suficiente. Embora recebessem nutrição adequada e atenção física, essas crianças tinham grandes chances de apresentar graves prejuízos nas interações com outras, na expressividade emocional e na maneira de fazer face adaptativamente a ocorrências estressantes. Em certos casos, verificaram-se também déficits intelectuais.

Outro achado chave é o de que o comportamento humano é configurado em parte através de interações com o meio ambiente natural ou social. Essas interações podem resultar em conseqüências quer desejáveis, quer indesejáveis para o indivíduo. Basicamente, estes têm mais probabilidades de praticar comportamentos que são “recompensados” pelo ambiente e menos probabilidades de praticar comportamentos que são ignorados ou castigados. Assim, os transtornos mentais e comportamentais podem ser considerados como comportamento mal adaptativo que foi aprendido—seja diretamente, seja pela observação de outros no passar do tempo. Provas disso vêm de décadas de investigação sobre aprendizagem e comportamento, confirmadas ainda pelo sucesso da terapia do

comportamento, que usa esses princípios para ajudar as pessoas a alterar padrões mal adaptativos de pensamento e comportamento.

Finalmente, a ciência psicológica mostrou que certos tipos de transtornos mentais e comportamentais, como a ansiedade e a depressão, podem ocorrer em consequência da incapacidade de fazer face adaptativamente a uma ocorrência vital estressante. De modo geral, as pessoas que procuram não pensar nos estressores ou fazer face a eles têm mais probabilidades de manifestar ansiedade ou depressão, enquanto as que discutem seus problemas com outras e procuram encontrar meios de controlar os estressores funcionam melhor no passar do tempo. Esse achado levou ao desenvolvimento de intervenções que consistem em ensinar aptidões para enfrentar a vida.

Coletivamente, essas descobertas contribuíram para a nossa compreensão dos transtornos mentais e comportamentais. Ademais, constituíram a base do desenvolvimento de toda uma série de intervenções efetivas, que são examinadas mais detalhadamente no Capítulo 3.

FATORES SOCIAIS

Embora se haja estabelecido uma associação de fatores sociais como urbanização, pobreza e mudança com o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais, não há razão para supor que as consequências da mudança social para a saúde mental sejam as mesmas para todos os setores de dada sociedade. As mudanças geralmente exercem efeitos diferenciais baseados no status econômico, no sexo, na raça e na etnicidade.

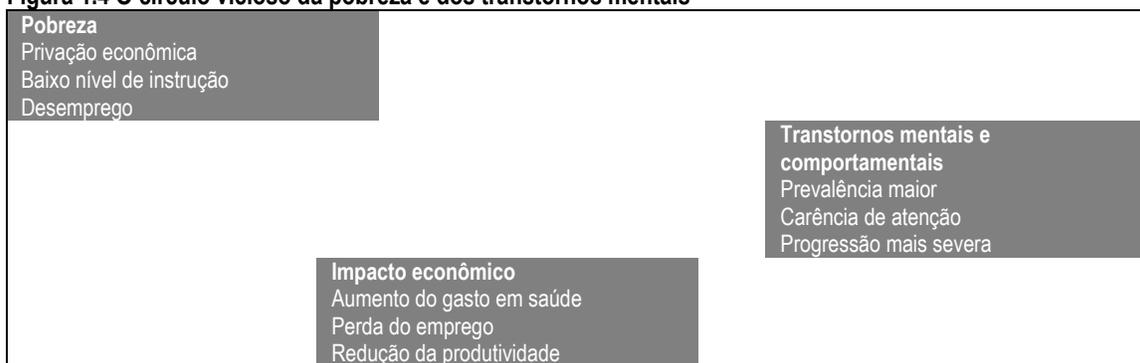
Entre 1950 e 2000, a proporção da população urbana na Ásia, África e América Central e do Sul subiu de 16% para nada menos que a metade dos habitantes daquelas regiões (Harpham e Blue 1995). Em 1950, as cidades do México e de São Paulo tinham, respectivamente, 3,1 milhões e 2,8 milhões de habitantes, mas em 2000 as populações estimadas de ambas eram de 10 milhões de habitantes. A natureza da urbanização moderna pode ter consequências deletérias para a saúde mental, devido à influência de estressores maiores e de eventos vitais adversos mais numerosos, como o congestionamento e a poluição do meio ambiente, a pobreza e a dependência numa economia baseada no dinheiro, com altos níveis de violência ou reduzido apoio social (Desjarlais *et al.* 1995). Aproximadamente a metade das populações urbanas em países de renda média e baixa vive na pobreza e há dezenas de milhões de adultos e crianças sem teto. Em certas zonas, o desenvolvimento econômico está forçando um número crescente de indígenas a migrar para áreas urbanas em busca de uma forma viável de ganhar a vida. Via de regra, a migração não produz melhoria do bem-estar social; ao contrário, resulta freqüentemente em altos índices de desemprego e condições de vida miseráveis, expondo milhares de migrantes ao estresse social e a um risco maior de transtornos mentais devido à ausência de redes de apoio social. Os conflitos, as guerras e a inquietação social estão associados com elevação das taxas de problemas de saúde mental, e esses aspectos são examinados no Capítulo 2.

A vida real também é cheia de problemas para muitas pessoas. São problemas comuns o isolamento, falta de transportes e comunicações, e limitadas oportunidades educacionais e econômicas. Ademais, os serviços mentais e sociais tendem a concentrar os recursos e a perícia clínica nas grandes áreas metropolitanas, deixando limitadas opções para os habitantes rurais que necessitam de atenção em saúde mental. Um estudo recente sobre o suicídio de pessoas idosas em certas zonas rurais da Província de Hunan, na China, mostrou um índice de suicídios mais elevado nas áreas rurais (88,3 por 100.000) do que nas urbanas (24,4 por 100.000) (Xu *et al.* 2000). Em outros países, foram informados índices de depressão

entre mulheres das áreas rurais mais de duas vezes maiores do que os das estimativas para mulheres na população geral (Hauenstein e Boyd 1994).

Existe uma relação complexa e multidimensional entre pobreza e saúde mental (Figura 1.4). Na sua definição mais estrita, pobreza é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Em termos mais amplos, e talvez mais apropriados para discussões relacionadas com transtornos mentais e comportamentais, pode-se entender como pobreza um estado em que se dispõe de meios insuficientes, podendo incluir-se nisto a falta de recursos sociais ou educacionais. A pobreza e as condições associadas com ela, como o desemprego, o baixo nível de instrução, a privação e o desabrigo, não somente estão muito difundidas nos países pobres, como também afetam uma minoria considerável nos países ricos. Os pobres e os desfavorecidos acusam uma prevalência maior de transtornos mentais e comportamentais, inclusive transtornos do uso de substâncias. Essa prevalência maior pode ser explicada tanto por uma causação maior de transtornos entre os pobres como pela queda dos mentalmente enfermos na pobreza. Embora haja controvérsia no tocante à determinação de qual desses dois mecanismos é responsável pela prevalência maior entre os pobres, os indícios disponíveis parecem indicar que ambos são relevantes (Patel 2001). Por exemplo, o mecanismo causal pode ser mais válido para transtornos de ansiedade e depressão, enquanto a teoria da queda na pobreza seria mais aplicável para uma prevalência maior de transtornos psicóticos e uso de substâncias entre os pobres. Os dois, porém, não se excluem um ao outro: um indivíduo pode ser predisposto a transtornos mentais devido a sua situação social, enquanto outro que apresenta transtornos pode estar enfrentando uma privação maior pelo fato de estar doente. Tal privação inclui níveis mais baixos de aproveitamento escolar, desemprego e, em casos extremos, desabrigo. Os transtornos mentais podem causar incapacidade grave e sustentada, inclusive a incapacidade de trabalhar. Não havendo apoio social disponível, como freqüentemente ocorre nos países em desenvolvimento sem organismos de bem-estar social organizados, o empobrecimento se verifica com bastante rapidez.

Figura 1.4 O círculo vicioso da pobreza e dos transtornos mentais



Há indicações também de que a *progressão* dos transtornos mentais e comportamentais é determinada pelo status socioeconômico do indivíduo. Isso pode ser devido à falta geral de serviços de saúde mental, combinada com as barreiras enfrentadas por certos grupos socioeconômicos no acesso à atenção. Os países pobres dispõem de muito poucos recursos para atenção em saúde mental, e tais recursos muitas vezes não estão disponíveis para os setores mais pobres da sociedade. Mesmo nos países ricos, a pobreza, juntamente com fatores associados tais como falta de cobertura de seguros, nível de instrução mais baixo, desemprego e situação minoritária em termos de raça, etnicidade e idioma, pode criar

barreiras insuperáveis à atenção. O desnível de tratamento para a maioria dos transtornos mentais, que já é alto, mostra-se efetivamente enorme para a população pobre.

Entre os diferentes estamentos econômicos, os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade colocam-na em maior risco de transtornos mentais e comportamentais do que outras pessoas na comunidade. As mulheres continuam arcando com o fardo de responsabilidade associado com as condições de esposas, mães, educadoras e provedoras de atenção para outros, ao mesmo tempo que se estão transformando numa parte cada vez mais essencial da mão-de-obra, constituindo, em um quarto a um terço das famílias, a principal fonte de renda. Além das pressões impostas às mulheres em virtude da expansão de seus papéis, não raro em conflito, elas fazem face a significativa discriminação sexual e à concomitante pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual. Assim, pouco surpreende que as mulheres tenham acusado maior probabilidade do que os homens de receber prescrição de psicotrópicos (ver Figura 1.5). A violência contra a mulher constitui um significativo problema social e de saúde pública que afeta mulheres de todas as idades, todos os antecedentes culturais e todos os níveis de renda.

O racismo também levanta questões importantes. Embora ainda haja relutância em certos setores ao debate do preconceito racial e étnico no contexto das preocupações sobre saúde mental, pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas já demonstraram que o racismo está relacionado com a perpetuação de problemas mentais. A julgar pelos indícios disponíveis, as pessoas que são alvos de racismo por muito tempo têm maior risco de apresentar problemas mentais ou sofrer agravamento de problemas que já existem. E já se demonstrou que as próprias pessoas que praticam e perpetuam o racismo têm ou vêm a ter certos tipos de transtornos mentais.

Psiquiatras que estudavam a relação entre racismo e saúde mental em sociedades onde o racismo é prevalente observaram, por exemplo, que o racismo pode acentuar a depressão. Numa recente resenha de dez estudos de diferentes grupos sociais na América do Norte, perfazendo um total de 15.000 respondentes, verificou-se uma associação positiva firmemente estabelecida entre experiências de racismo e angústia psicológica (Williams e Williams-Morris 2000).

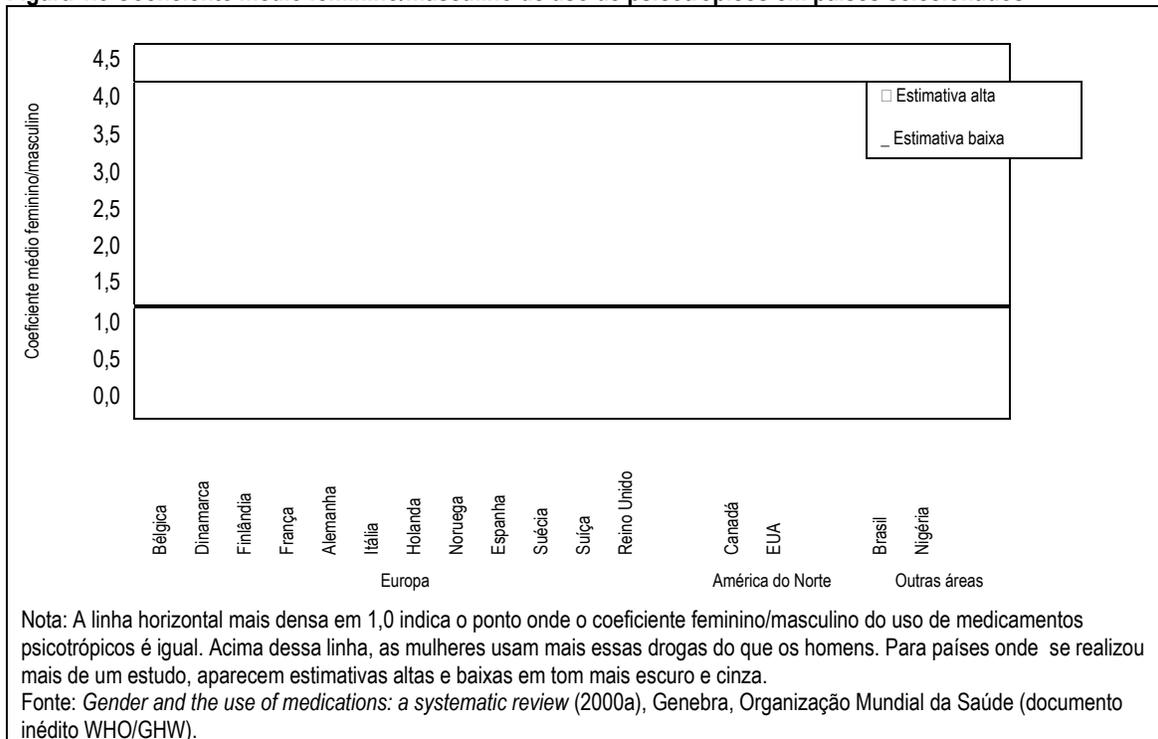
A influência do racismo pode ser considerada também no nível da saúde mental coletiva de grupos e sociedades. O racismo tem fomentado muitos sistemas sociais opressores ao redor do mundo e através dos tempos. Na história recente, o racismo permitiu aos sul-africanos brancos definir os sul-africanos negros como “inimigos”, e assim cometer atos que, noutras circunstâncias, teriam considerado moralmente repreensíveis.

As proporções e a rapidez extraordinárias da mudança tecnológica nos fins do século XX é outro fator que está associado com a manifestação de transtornos mentais e comportamentais. Essas mudanças tecnológicas, e especialmente a revolução nas comunicações, oferecem tremendas oportunidades para um incremento da disseminação de informações e emancipação dos seus usuários. A telemedicina hoje possibilita proporcionar tratamento à distância.

Esses avanços têm, contudo, o seu lado negativo. Há indícios a sugerir que as representações na mídia exercem influência sobre os níveis de violência, o comportamento sexual e o interesse na pornografia, bem como que a exposição à violência nos jogos de vídeo aumenta o comportamento agressivo e outras tendências agressivas (Dill e Dill 1998). Hoje em dia, os gastos em publicidade em todo o mundo estão ultrapassando em um terço o crescimento da economia mundial. A comercialização agressiva está desempenhando papel substancial na globalização do uso de álcool e tabaco entre os jovens, aumentando assim o

risco de transtornos relacionados com o uso de substâncias e as condições físicas associadas (Klein 1999).

Figura 1.5 Coeficiente médio feminino/masculino de uso de psicotrópicos em países selecionados



UM ENFOQUE INTEGRADO DE SAÚDE PÚBLICA

Os vínculos essenciais entre fatores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento e progressão dos transtornos mentais e comportamentais constituem a base de uma mensagem de esperança para os milhões que sofrem esses problemas incapacitantes. Embora ainda haja muito que aprender, a evidência científica que está surgindo é clara: temos à nossa disposição o conhecimento e a capacidade necessária para reduzir significativamente a carga dos transtornos mentais e comportamentais em todo o mundo.

Essa mensagem é um chamado à ação visando reduzir a carga estimada de 450 milhões de pessoas com transtornos mentais e comportamentais. Considerando a simples magnitude do problema, sua etiologia de muitas faces, o estigma e a discriminação generalizada e o significativo desnível de tratamento que existe em todo o mundo, um enfoque de saúde pública vem a ser o método de resposta mais apropriado.

Pode-se definir estigma como um sinal de vergonha, infortúnio ou reprovação, que resulta em ser um indivíduo rejeitado, feito em objeto de discriminação e excluído da participação em diversas áreas diferentes da sociedade.

O Relatório do Diretor Geral de Saúde dos Estados Unidos sobre Saúde Mental (DHHS 1999) descreveu o impacto do estigma nestes termos: “O estigma carcome a convicção de que os transtornos mentais são condições patológicas válidas e tratáveis. Ele leva as pessoas a evitar a socialização com portadores de transtornos mentais, a não querer trabalhar ao seu lado nem lhes alugar moradias para eles ou morar perto deles.” Ademais, “o estigma impede

o público de querer pagar pela atenção e reduz, conseqüentemente, o acesso dos usuários aos recursos e às oportunidades de tratamento e serviços sociais. A conseqüente incapacidade de obter tratamento fortalece padrões destrutivos de baixa autoestima, isolamento e desesperança. O estigma, tragicamente, priva as pessoas da sua dignidade e interfere na sua plena participação na sociedade.”

De uma perspectiva de saúde pública, muita coisa se pode fazer para reduzir a carga dos transtornos mentais:

- formular políticas destinadas a melhorar a saúde mental das populações;
- assegurar acesso universal a serviços apropriados e econômicos, inclusive serviços de promoção da saúde mental e de prevenção;
- garantir a atenção e a proteção adequada dos direitos humanos dos pacientes institucionalizados com transtornos mentais mais graves;
- avaliar e monitorizar a saúde mental das comunidades, inclusive as populações vulneráveis, tais como crianças, mulheres e pessoas idosas;
- promover estilos de vida saudáveis e reduzir os fatores de risco de transtornos mentais e comportamentais, tais como ambientes familiares instáveis, sevícias e inquietação civil;
- apoiar uma vida familiar estável, a coesão social e o desenvolvimento humano;
- fortalecer a pesquisa sobre as causas dos transtornos mentais e comportamentais, o desenvolvimento de tratamentos eficazes e a monitorização e avaliação dos sistemas de saúde mental.

O restante deste relatório é dedicado a esses aspectos cruciais. Com a apresentação de informações científicas sobre transtornos mentais e comportamentais, a OMS espera que o estigma e a discriminação venham a ser reduzidos, que a saúde mental seja reconhecida como problema urgente de saúde pública e que os governos em todo o mundo tomem medidas para melhorar a saúde mental.

O Capítulo 2 proporciona as mais recentes informações epidemiológicas sobre a magnitude, o peso e as conseqüências econômicas dos transtornos mentais e comportamentais em todo o mundo.

O Capítulo 3 apresenta informações sobre tratamentos eficazes para pessoas com transtornos mentais e comportamentais, enunciando princípios gerais e estratégias específicas para tratamento desses distúrbios.

O Capítulo 4 oferece aos poderes decisórios algumas estratégias para a superação de barreiras comuns e melhoria da saúde nas respectivas comunidades.

O Capítulo 5 destaca as atividades prioritárias a serem levadas a cabo, de acordo com o nível de recursos disponíveis.

CAPÍTULO 2

O Peso dos Transtornos Mentais e Comportamentais

Os transtornos mentais e comportamentais ocorrem comumente e afetam mais de 25% da população em dada fase da sua vida. São também universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, gente de áreas urbanas e rurais. Exercem impacto econômico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias. Os transtornos mentais e de comportamento estão presentes a qualquer momento em cerca de 10% da população adulta. Aproximadamente 20% de todos pacientes atendidos por profissionais de atenção primária de saúde têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais. Uma ou mais famílias provavelmente terão pelo menos um membro com um distúrbio mental ou de comportamento. Essas famílias proporcionam não somente apoio físico e emocional, mas arcam também com o impacto negativo do estigma e da discriminação. Já se estimou que, em 1990, os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por 10% do total de AVAI perdidos em virtude de todas as doenças e lesões. Essa proporção chegou a 12% em 2000. Até 2020, projeta-se um crescimento da carga representada por esses transtornos para 15%. Os distúrbios comuns, que geralmente causam incapacitação grave, compreendem transtornos depressivos, transtornos do uso de substâncias, esquizofrenia, epilepsia, doença de Alzheimer, retardo mental e transtornos da infância e da adolescência. Os fatores associados com a prevalência, a manifestação e a progressão dos transtornos mentais e comportamentais compreendem a pobreza, o sexo, a idade, os conflitos e catástrofes, graves doenças físicas e o ambiente familiar e social.

2

O PESO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

IDENTIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS

Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Os transtornos mentais e comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do “normal”, sendo antes fenômenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa em si mesmo a presença de distúrbio mental ou de comportamento. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida. Os transtornos mentais e comportamentais caracterizam-se também por sintomas e sinais específicos e geralmente seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções. Nem toda deterioração humana denota distúrbio mental. Os indivíduos podem sofrer angústia em virtude de circunstâncias pessoais ou sociais; a menos que sejam satisfeitos todos os critérios pertinentes a determinado distúrbio, essa angústia não constitui distúrbio mental. Há diferença, por exemplo, entre estado afetivo deprimido e depressão diagnosticável (ver Figura 1.3).

Diferentes modos de pensar e se comportar entre diferentes culturas podem influenciar a maneira pela qual se manifestam os transtornos mentais, embora não constituam, em si mesmos, indicações de distúrbio. Assim, variações normais determinadas pela cultura não devem ser rotuladas como transtornos mentais. Da mesma forma, crenças sociais, religiosas ou políticas não podem ser tomadas como indicações de distúrbio mental.

A *Classificação de transtornos mentais e de comportamento CID-10: descrições clínicas e normas de diagnóstico* (OMS 1992b) contém uma lista completa de todos os transtornos mentais e comportamentais (ver Caixa 2.1). Há também outros critérios de diagnóstico para a pesquisa disponíveis para uma definição mais precisa desses transtornos (OMS 1993a).

Toda classificação de transtornos mentais classifica síndromes e condições, mas não indivíduos. Estes podem sofrer um ou mais transtornos durante um ou mais períodos da vida, mas não se deve usar uma etiqueta diagnóstica para descrever um indivíduo. Uma pessoa nunca deve ser igualada a um distúrbio, físico ou mental.

DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS

Os transtornos mentais e comportamentais são identificados e diagnosticados com uso de métodos clínicos semelhantes aos que se utilizam para transtornos físicos. Esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese colhida do indivíduo e de outros, inclusive a família; um exame clínico sistemático para definir o status mental; e os testes e investigações especializadas que sejam necessários. Registraram-se nas últimas décadas avanços na padronização da avaliação clínica e no aumento da fiabilidade dos diagnósticos. Graças a esquemas estruturados de entrevistas, definições uniformes de sinais e sintomas e critérios padronizados de diagnóstico, é possível hoje em dia atingir alto grau de fiabilidade e validade no diagnóstico de transtornos mentais. Os esquemas estruturados e as listas de verificação de sinais e sintomas permitem aos profissionais de saúde mental levantar informações usando perguntas padronizadas e respostas codificadas. Os sinais e sintomas foram definidos detalhadamente para permitir uma aplicação uniforme. Finalmente, os critérios de diagnóstico para transtornos mentais foram padronizados internacionalmente. Atualmente, é possível diagnosticar transtornos mentais de forma tão fiável e precisa como a maioria dos transtornos físicos comuns. A concordância entre dois especialistas em diagnóstico de transtornos mentais apresenta médias de 0,7 a 0,9 (Wittchen *et al.* 1991; Wing *et al.* 1974; WHO 1992; APA 1994; Andrews *et al.* 1995). Essas cifras estão na mesma faixa das pertinentes a transtornos físicos como diabetes *mellitus*, hipertensão ou doença hipertensiva das coronárias.

Como um diagnóstico preciso é requisito essencial para uma intervenção apropriada no nível individual, bem como para a epidemiologia precisa e a monitorização no nível da comunidade, os avanços nos métodos de diagnóstico vieram facilitar consideravelmente a aplicação de princípios clínicos e de saúde pública ao campo da saúde mental.

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS

Os transtornos mentais não são um domínio exclusivo deste ou daquele grupo especial; eles são verdadeiramente universais. Observam-se transtornos mentais e comportamentais em pessoas de todas as regiões, todos os países e todas as sociedades. Eles estão presentes em mulheres e homens em todos os estágios da vida. Estão presentes entre ricos e pobres e entre pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais. É simplesmente errônea a idéia de que os distúrbios mentais são problemas das áreas industrializadas e relativamente mais ricas. Igualmente incorreta é a crença de que as comunidades rurais, relativamente não afetadas pelo ritmo rápido da vida moderna, não sofrem distúrbios mentais.

Análises efetuadas recentemente pela OMS mostram que condições neuropsiquiátricas que abrangiam certo número desses distúrbios acusaram uma prevalência de ponto agregada de cerca de 10% para adultos (CGD 2000). Estimou-se em 450 milhões o número de pessoas que sofriam afecções neuropsiquiátricas. Essas afecções compreendiam transtornos depressivos unipolares, transtornos afetivos bipolares, esquizofrenia, epilepsia, transtornos devidos ao uso de álcool e determinadas drogas, doença de Alzheimer e outras demências, estado de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo e compulsivo, transtornos de pânico e insônia primária.

Caixa 2.1 Classificação dos transtornos mentais e comportamentais na CID-10

Encontra-se uma lista completa de todos os transtornos mentais e comportamentais na *Classificação de transtornos mentais e de comportamento CID-10: descrições clínicas e normas de diagnóstico*.¹ Estão também disponíveis outros critérios de diagnóstico para uma definição mais precisa desses transtornos.² Esse material, que é aplicável em diferentes culturas, foi desenvolvido a partir do Capítulo V(F) da *Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)*³ com base numa revisão internacional da bibliografia científica, consultas e consenso mundiais. O Capítulo V da CID-10 dedica-se exclusivamente aos transtornos mentais e comportamentais. Além de dar os nomes de doenças e distúrbios, como os demais capítulos, ele inclui também descrições clínicas e diretrizes para diagnóstico, bem como critérios de diagnóstico para pesquisa. As categorias amplas de transtornos mentais e comportamentais cobertos na CID-10 são as seguintes:

- **Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos**—por exemplo, demência na doença de Alzheimer, delírio.
- **Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa**—por exemplo, uso prejudicial de álcool, síndrome de dependência de opiáceos.
- **Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes**—por exemplo, esquizofrenia paranóide, transtornos delirantes, transtornos psicóticos agudos e transitórios.
- **Transtornos do humor (afetivos)**—por exemplo, transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos.
- **Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes**—por exemplo, ansiedade generalizada, transtornos obsessivo-compulsivos.
- **Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos**—por exemplo, transtornos da alimentação, transtornos não-orgânicos do sono.
- **Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto**—por exemplo, transtornos paranóicos da personalidade, transexualismo.
- **Retardo mental**—por exemplo, retardo mental leve.
- **Transtornos do desenvolvimento psicológico**—por exemplo, transtornos específicos da leitura, autismo infantil.
- **Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência**—por exemplo, transtornos hipercinéticos, distúrbios de conduta, tiques.
- **Transtorno mental não especificado**

O relatório concentra-se numa seleção de distúrbios que geralmente causam incapacidade grave quando não tratados adequadamente e que impõem pesados encargos à comunidade. São eles os transtornos depressivos, os transtornos do uso de substâncias, a esquizofrenia, a epilepsia, a doença de Alzheimer, o retardo mental e os transtornos da infância e da adolescência. A inclusão da epilepsia é explicada mais adiante neste capítulo.

Alguns dos transtornos mentais e de comportamento são incluídos em “transtornos neuropsiquiátricos” no anexo estatístico deste relatório. Esse grupo inclui o transtorno afetivo bipolar, as psicoses, a epilepsia, a dependência de álcool, a doença de Alzheimer e outras demências, a doença de Parkinson, a esclerose múltipla, a dependência de drogas, o distúrbio da dependência pós-traumática de drogas, os transtornos obsessivo-compulsivos, os transtornos de pânico e os distúrbios do sono.

¹ *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (1992b). Genebra, Organização Mundial da Saúde.

² *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (1993a). Genebra, Organização Mundial da Saúde.

³ *International statistical classification of diseases and related health problems, Tenth revision 1992 (ICD-10)*. Vol. 1: Tabular list. Vol. 2: Instruction manual. Vol. 3: Alphabetical Index (1992a) Genebra, Organização Mundial da Saúde.

As taxas de prevalência diferem conforme se refiram a pessoas que apresentam dada afecção em certo ponto da vida (prevalência de ponto), a qualquer tempo durante um período (prevalência de período) ou a qualquer tempo durante a sua vida (prevalência vitalícia). Embora sejam freqüentemente citadas cifras de prevalência de ponto, inclusive neste relatório, as cifras de prevalência em períodos de um ano são mais úteis para dar uma indicação do número de pessoas que podem necessitar de serviços em um ano. As cifras de prevalência variam também com base no conceito e nas definições dos transtornos incluídos no estudo. Quando se consideram todos os transtornos incluídos na CID-10 (ver Caixa 2.1), têm sido anunciadas taxas de prevalência maiores. Pesquisas realizadas em países tanto

desenvolvidos como em desenvolvimento mostraram que, durante a vida inteira, mais de 25% das pessoas apresentam um ou mais transtornos mentais e comportamentais (Regier *et al.* 1988; Wells *et al.* 1989; Almeida Filho *et al.* 1997).

A maioria dos estudos chegou à conclusão de que a prevalência geral de transtornos mentais é aproximadamente a mesma no sexo masculino e no feminino. As diferenças porventura existentes são explicadas pela distribuição diferencial dos transtornos. Os transtornos mentais graves são também mais ou menos igualmente comuns, com exceção da depressão, que é mais comum no sexo feminino, e dos transtornos devidos ao uso de substâncias, que ocorrem mais freqüentemente no sexo masculino.

A relação entre pobreza e transtornos mentais é examinada mais adiante, neste capítulo.

Tabela 2.1 Prevalência de transtornos psiquiátricos maiores na atenção primária de saúde

Cidades	Depressão atual (%)	Ansiedade generalizada (%)	Dependência do álcool (%)	Todos os transtornos mentais (segundo a CID ^a) (%)
Ancara, Turquia	11,6	0,9	1,0	16,4
Atenas, Grécia	6,4			
Bangalore, Índia				
Berlim, Alemanha				
Groningen, Holanda				
Ibadã, Nigéria				
Munique, Alemanha				
Manchester, GB				
Nagasaki, Japão				
Paris, França				
Rio de Janeiro, Brasil				
Santiago, Chile				
Seattle, E.U.A.				
Shanghai, China				
Verona, Itália				
Total	10,4	7,9	2,7	24,0

^a CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

Fonte: Goldberg, DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. Em Üstün TB, Sartorius N, orgs. *Mental illness in general care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons para a OMS: 332-334.

TRANSTORNOS OBSERVADOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Os transtornos mentais e comportamentais são comuns entre pacientes que buscam serviços de atenção primária de saúde. É útil uma avaliação do grau e do padrão desses transtornos nesse contexto por causa do potencial para identificar pessoas com distúrbios e proporcionar a atenção necessária naquele nível.

Os estudos epidemiológicos em contextos de atenção primária têm sido baseados na identificação de transtornos mentais pelo uso de instrumentos de triagem, no diagnóstico clínico por profissionais de atenção primária ou mediante entrevistas para diagnóstico psiquiátrico. O estudo transcultural realizado pela OMS em 14 locais (Üstün e Sartorius 1995; Goldberg e Lecrubier 1995) usou três diferentes métodos de diagnóstico: um instrumento breve de triagem, uma entrevista detalhada estruturada e um diagnóstico clínico pelo médico de atenção primária. Embora houvesse consideráveis variações na prevalência de transtornos mentais em diferentes locais, os resultados demonstram claramente que uma proporção substancial (cerca de 24%) de todos os pacientes naqueles contextos acusava transtorno mental (ver Tabela 2.1). Em contextos de atenção primária, os diagnósticos mais comuns são depressão, ansiedade e transtornos do uso de substâncias. Esses transtornos

estão presentes isoladamente ou conjuntamente com um ou mais transtornos físicos. Não há diferenças constantes na prevalência entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

IMPACTO DOS TRANSTORNOS

Os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. Os indivíduos não só apresentam sintomas inquietadores de seu distúrbio como sofrem também por estarem incapacitados de participar em atividades de trabalho e lazer, muitas vezes em virtude de discriminação. Eles se preocupam pelo fato de não poderem arcar com suas responsabilidades para com a família e os amigos, e temem ser um fardo para os outros.

Segundo estimativas, uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre atualmente um transtorno mental ou comportamental. Essas famílias vêm-se obrigadas a não só proporcionar apoio físico e emocional, como também arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação presentes em todas as partes do mundo. Embora não tenha sido adequadamente estudado o ônus da atenção a um familiar com distúrbio mental ou de comportamento, as indicações disponíveis parecem mostrar que essa carga é realmente substancial (Pai e Kapur 1982; Fadden *et al.* 1987; Winefield e Harvey 1994). Os encargos que recaem sobre a família vão das dificuldades econômicas às reações emocionais às doenças, ao estresse em face de um comportamento perturbado, à disrupção da rotina doméstica e à restrição das atividades sociais (OMS 1997a). Os gastos com o tratamento de doenças mentais muitas vezes recaem sobre a família, seja por não haver seguro disponível, seja porque o seguro não cobre os transtornos mentais.

Além da carga direta, é preciso levar em conta as oportunidades perdidas. As famílias que têm um membro que sofre um distúrbio mental fazem diversos ajustes e compromissos que impedem outros familiares de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer (Gallagher e Mechanic 1996). Esses são os aspectos humanos do ônus dos transtornos mentais, que são difíceis de avaliar e quantificar; eles são, não obstante, importantes. As famílias vêm-se na contingência de dedicar uma parcela considerável do seu tempo para cuidar de um parente mentalmente enfermo, e sofrem privações econômicas e sociais por não ser essa pessoa inteiramente produtiva. Há também o constante temor de que a recorrência da doença possa causar perturbação repentina e inesperada das vidas dos membros da família.

É grande e tem múltiplos aspectos o impacto dos transtornos mentais sobre as comunidades. Há o custo da provisão de atenção, a perda de produtividade e certos problemas legais (inclusive violência) associados com alguns transtornos mentais, embora a violência seja causada muito mais freqüentemente por pessoas “normais” do que por indivíduos com transtornos mentais.

Caixa 2.2 A Carga Global de Doenças 2000

Em 1993, a Escola de Saúde Pública de Harvard, em colaboração com o Banco Mundial e a OMS, avaliou a Carga Global de Doença (CGD)¹. Além de gerar o conjunto mais abrangente e consistente de estimativas de mortalidade e morbidade por idade, sexo e região já produzido, a CGD introduziu também um novo parâmetro de medida - ano de vida ajustado por incapacidade (AVAI)—para quantificar a carga das doenças.^{2,3} O AVAI mede o desnível de saúde, combinando informações sobre o impacto da morte prematura com a incapacidade e outros resultados não fatais. Pode-se considerar como um AVAI um ano perdido de vida “saudável”, e a carga das doenças como uma medida do desnível entre o *status* de saúde atual e uma situação ideal na qual todos chegam à velhice livres de doenças e deficiências. Encontra-se uma resenha do desenvolvimento dos AVAI e dos progressos recentes na aferição da carga de doenças em Murray e Lopez (2000)⁴

A Organização Mundial da Saúde empreendeu uma nova avaliação da Carga Global de Doença para o ano 2000, a CGD 2000, com os seguintes objetivos específicos:

- quantificar o ônus da mortalidade prematura e da incapacidade por idade, sexo e região, para 135 causas ou grupos de causas maiores;
- analisar a contribuição para esse ônus de fatores de risco selecionados, usando um quadro de referência comparável;
- desenvolver vários cenários de projeção da carga das doenças nos próximos 30 anos.

Os AVAI referentes a uma doença são a soma dos anos de vida perdidos em virtude de mortalidade prematura (AVP) na população e os anos perdidos em virtude de incapacidade (API) pela incidência de enfermidades na população. O AVAI é uma medida do desnível de saúde que amplia o conceito de anos potenciais de vida perdida em virtude de morte prematura (VPMP), incluindo anos equivalentes de vida sadia perdidos em estados de saúde menos do que plena, denominada a grosso modo incapacidade.

Os resultados da CGD 2000 para transtornos neuropsiquiátricos dados neste relatório baseiam-se numa ampla análise de dados de mortalidade de todas as regiões do mundo, juntamente com resenhas sistemáticas de estudos epidemiológicos e pesquisas sobre saúde mental baseadas na população. Os resultados finais da CGD 2000 serão publicados em 2002.

¹ Banco Mundial (1993). *World development report 1993: investing in health*. Nova York, Oxford University Press para o Banco Mundial.

² Murray CJL, Lopez AD, orgs. (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 an projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health para a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

³ Murray CJL, Lopez AD, orgs. (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health para a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).

⁴ Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and direction in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82.

Uma variedade específica de ônus é a que recai sobre a saúde. Esse aspecto tem sido tradicionalmente medido—em estatísticas de saúde nacionais e internacionais—somente em termos de incidência/prevalência e de mortalidade. Embora esses índices se prestem muito bem para doenças agudas que causam morte ou resultam em recuperação plena, o uso deles para doenças crônicas e incapacitantes enfrenta graves limitações. Isso é particularmente verdadeiro no caso dos transtornos mentais e comportamentais, que são causas mais frequentes de incapacidade que de morte prematura. Uma maneira de explicar a cronicidade dos transtornos e a incapacidade causada por eles é a metodologia da Carga Global de Doenças (CGD). A metodologia da CGD 2000 é descrita resumidamente na Caixa 2.2. Nas estimativas iniciais calculadas para 1990, os transtornos mentais e neurológicos representavam 10,5% do total de AVAI perdidos em virtude de todas as doenças e lesões. Essa cifra demonstrou pela primeira vez o alto ônus devido a esses distúrbios. A estimativa para 2000 é de 12,3% para AVAI (ver Figura 2.1). Três condições neuropsiquiáticas situam-se entre as 20 principais causas de AVAI para todas as idades, e seis para a faixa etária de 15–44 anos (ver Figura 2.2). No cálculo de AVAI, estimativas recentes da Austrália, baseadas em métodos detalhados e diferentes fontes de dados confirmaram os transtornos mentais como principal causa do ônus da incapacidade (Vos e Mathers 2000). Uma análise de tendências

Figura 2.1 Ônus das condições neuropsiquiátricas como proporção da carga global de doenças, no mundo e nas Regiões da OMS, estimativas para 2000

Anos de vida ajustados para incapacidade (AVAI) como proporção do total de AVAI	Anos de vida com incapacidade (AVI) como proporção do total de AVI	
	Mundo	
	África	
	Américas	
	Mediterrâneo Oriental	
	Europa	
	Sudeste da Ásia	
	Pacífico Ocidental	

indica claramente que essa carga crescerá rapidamente no futuro. As projeções indicam que crescerá para 15% até o ano 2020 (Murray e Lopez 1996a). As proporções globais e regionais de AVAI e AVI para condições neuropsiquiátricas, são dadas na Figura 2.1.

Considerando apenas o componente incapacidade da carga, as estimativas da CGD 2000 mostram que as afecções mentais e neurológicas respondem por 30,8% de todos os anos vividos com incapacidade (AVI). De fato, a depressão causa a maior proporção de incapacidade, representando quase 12% do total. Seis afecções neuropsiquiátricas situaram-se

entre as 20 principais causas de incapacidade (AVI) no mundo, desdobrando-se em transtornos depressivos unipolares, transtornos devidos ao uso de álcool, esquizofrenia, transtornos afetivos bipolares, doença de Alzheimer e outras demências, e hemicrânia (ver Figura 2.3).

A incapacidade devida a transtornos mentais e neurológicos é alta em todas as regiões do mundo. Como proporção do total, porém, ela é relativamente menor nos países em desenvolvimento, devido principalmente ao grande ônus representado pelas doenças transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais naquelas regiões. Mesmo assim, os transtornos neuropsiquiátricos respondem por 15% de todos os AVI na África.

Há diferentes graus de incerteza nas estimativas de AVAI e AVI da CGD 2000 para distúrbios mentais e neurológicos, refletindo a incerteza quanto à prevalência de diversas condições em diferentes regiões do mundo, bem como a incerteza quanto à variação das suas distribuições segundo a gravidade. De modo particular, há considerável incerteza quanto às estimativas de prevalência de transtornos mentais em muitas regiões, refletindo as limitações dos instrumentos de autonotificação para classificar sintomas de saúde mental de forma comparável entre diferentes populações, as limitações na possibilidade de generalização de pesquisas em subpopulações para grupos populacionais maiores, e as limitações na informação disponível para classificar a gravidade dos sintomas de incapacidade nas condições de agravos à saúde mental.

CUSTOS ECONÔMICOS PARA A SOCIEDADE

O impacto econômico dos transtornos mentais é profundo, durável e enorme. Esses transtornos impõem ao indivíduo, à família e à comunidade em seu todo uma série de custos. Parte desse ônus econômico é evidente e mensurável, enquanto outra parte é quase impossível de medir. Entre os componentes mensuráveis da carga econômica estão os serviços sociais e de saúde, a perda de emprego e redução da produtividade, o impacto nas famílias e nos provedores de atenção, os níveis de criminalidade e a segurança pública e o impacto negativo da mortalidade prematura.

Alguns estudos, principalmente de países industrializados, estimaram os custos econômicos agregados dos transtornos mentais. Um desses estudos (Rice *et al.* 1990) concluiu que o custo agregado para os Estados Unidos correspondeu a 2,5% do produto nacional bruto. Alguns estudos da Europa estimaram os gastos com transtornos mentais

como proporção dos custos de todos os serviços de saúde: na Holanda, essa proporção foi de 23,2% (Meerding *et al.* 1998), e no Reino Unido, apenas para gastos com pacientes internados, a proporção foi de 22% (Patel e Knapp 1998). Embora não haja estimativas científicas disponíveis para outras regiões do mundo, é provável que ali também os custos dos distúrbios mentais como proporção da economia global sejam altos. Embora possam ser baixas as estimativas de custos diretos em países onde é pequena a disponibilidade e a cobertura da atenção em saúde mental, tais estimativas não levam muito crédito. Os custos indiretos decorrentes da perda de produtividade respondem por uma proporção maior do total do que os custos diretos. Ademais, os baixos custos do tratamento (devido à falta dele) podem efetivamente elevar os custos indiretos ao fazer aumentar a duração dos transtornos não tratados e da concomitante incapacidade (Chisholm *et al.* 2000).

Com quase toda certeza, estas estimativas de avaliações econômicas são inferiores aos custos reais, uma vez que não levam em conta os custos de oportunidade perdidos pelos indivíduos e suas famílias.

IMPACTO NA QUALIDADE DA VIDA

Os transtornos mentais e comportamentais causam tremendos distúrbios na vida daqueles que são afetados e de suas famílias. Embora não seja possível medir toda a gama de sofrimento e infelicidade, um dos métodos de aferir o seu impacto é usar instrumentos que medem a qualidade da vida (QDV) (Lehman *et al.* 1998). As medidas de QDV usam as classificações subjetivas do indivíduo em diversas áreas, procurando avaliar o impacto dos sintomas e transtornos sobre a vida (Orley *et al.* 1998). Há diversos estudos sobre a qualidade da vida das pessoas que sofrem distúrbios mentais, os quais concluem que o impacto negativo, embora não seja substancial, é sustentado (UK700 Group 1999). Já se demonstrou que a qualidade da vida continua sendo baixa mesmo depois da recuperação de transtornos mentais, em virtude de fatores sociais que incluem a persistência do estigma e da discriminação. Resultados de estudos de QDV indicam também que os indivíduos com transtornos mentais graves que vivem em hospitais psiquiátricos de atenção prolongada têm uma qualidade de vida mais baixa do que os que vivem na comunidade. Um estudo recente demonstrou claramente que o não atendimento das necessidades sociais e de funcionamento básicas foram os mais importantes precursores de uma baixa qualidade de vida entre pessoas com transtornos mentais graves (UK700 Group 1999).

O impacto sobre a qualidade da vida não fica limitado a transtornos mentais graves. Os transtornos da ansiedade e do pânico também têm efeito significativo, especialmente no que se refere ao funcionamento psicológico (Mendlowicz e Stein 2000; Orley e Kuyken 1994).

Figura 2.2 Principais causas de anos de vida ajustados para incapacidade (AVAI) em todas as idades e na faixa de 15–44 anos, por sexo, estimativa para 2000^a

Ambos os sexos, todas as idades	% do total	Masculino, todas as idades	% do total	Feminino, todas as idades	% do total
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
6		6		6	
7		7		7	
8		8		8	
9		9		9	
10		10		10	
11		11		11	
12		12		12	
13		13		13	
14		14		14	
15		15		15	
16		16		16	
17		17		17	
18		18		18	
19		19		19	
20		20		20	
<hr/>					
Ambos os sexos, 15–44 anos	% do total	Masculino, 15–44 anos	% do total	Feminino, 15–44 anos	% do total
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
6		6		6	
7		7		7	
8		8		8	
9		9		9	
10		10		10	
11		11		11	
12		12		12	
13		13		13	
14		14		14	
15		15		15	
16		16		16	
17		17		17	
18		18		18	
19		19		19	
20		20		20	

^a As afecções neuropsiquiátricas e lesões autoprovocadas estão destacadas.

Figura 2.3 Principais causas de anos de vida vividos com incapacidade (AVI) em todas as idades e na faixa de 15–44 anos, por sexo, estimativa para 2000^a

Ambos os sexos, todas as idades	% do total	Masculino, todas as idades	% do total	Feminino, todas as idades	% do total
1 Transtornos depressivos unipolares		1 Transtornos depressivos unipolares		1 Transtornos depressivos unipolares	
2 Perda da audição na idade adulta		2 Transtornos devidos ao uso de álcool		2 Anemia por deficiência de ferro	
3 Anemia por deficiência de ferro		3 Perda da audição na idade adulta		3 Perda da audição na idade adulta	
4 Doença pulmonar obstrutiva crônica		4 Anemia por deficiência de ferro		4 Osteoartrite	
5 Transtornos devidos ao uso de álcool		5 Doença pulmonar obstrutiva crônica		5 Doença pulmonar obstrutiva crônica	
6 Osteoartrite		6 Quedas		6 Esquizofrenia	
7 Esquizofrenia		7 Esquizofrenia		7 Transtorno afetivo bipolar	
8 Quedas		8 Acidentes de transporte		8 Quedas	
9 Transtorno afetivo bipolar		9 Transtorno afetivo bipolar		9 Alzheimer e outras demências	
10 Asma		10 Osteoartrite		10 Obstrução do trabalho de parto	
11 Malformações congênitas		11 Asma		11 Cataratas	
12 Condições perinatais		12 Condições perinatais		12 Hemicrânia	
13 Alzheimer e outras demências		13 Malformações congênitas		13 Malformações congênitas	
14 Cataratas		14 Cataratas		14 Asma	
15 Acidentes de transporte		15 Anemia por deficiência de ferro		15 Condições perinatais	
16 Desnutrição protéico-energética		16 Alzheimer e outras demências		16 Clamídia	
17 Doenças cerebrovasculares		17 Doenças cerebrovasculares		17 Doenças cerebrovasculares	
18 HIV/AIDS		18 HIV/AIDS		18 Desnutrição protéico-energética	
19 Hemicrânia		19 Filariase linfática		19 Aborto	
20 Diabetes mellitus		20 Transtornos devidos ao uso de drogas		20 Transtornos de pânico	

Ambos os sexos, 15–44 anos	% do total	Masculino, 15–44 anos	% do total	Feminino, 15–44 anos	% do total
1 Transtornos depressivos unipolares		1 Transtornos depressivos unipolares		1 Transtornos depressivos unipolares	
2 Transtornos devidos ao uso de álcool		2 Transtornos devidos ao uso de álcool		2 Anemia por deficiência de ferro	
3 Esquizofrenia		3 Esquizofrenia		3 Esquizofrenia	
4 Anemia por deficiência de ferro		4 Transtornos afetivos bipolares		4 Transtornos afetivos bipolares	
5 Transtornos afetivos bipolares		5 Doença pulmonar obstrutiva crônica		5 Obstrução do trabalho de parto	
6 Perda da audição na idade adulta		6 Perda da audição na idade adulta		6 Perda da audição na idade adulta	
7 HIV/AIDS		7 Acidentes de transporte		7 Clamídia	
8 Doença pulmonar obstrutiva crônica		8 HIV/AIDS		8 Aborto	
9 Osteoartrite		9 Transtornos devidos ao uso de drogas		9 Transtornos de pânico	
10 Acidentes de transporte		10 Doença pulmonar obstrutiva crônica		10 HIV/AIDS	
11 Transtornos de pânico		11 Asma		11 Osteoartrite	
12 Obstrução do trabalho de parto		12 Quedas		12 Sepse materna	
13 Clamídia		13 Osteoartrite		13 Doença pulmonar obstrutiva crônica	
14 Quedas		14 Filariase linfática		14 Hemicrânia	
15 Asma		15 Transtornos de pânico		15 Transtornos devidos ao uso de álcool	
16 Transtornos devidos ao uso de drogas		16 Tuberculose		16 Artrite reumatóide	
17 Aborto		17 Gota		17 Transtornos obsessivo-compulsivos	
18 Hemicrânia		18 Transtornos obsessivo-compulsivos		18 Quedas	
19 Transtornos obsessivo-compulsivos		19 Violência		19 Estado de "stress" pós-traumático	
20 Sepse materna		20 Gonorréia		20 Asma	

^a As condições neuropsiquiátricas estão destacadas.

ALGUNS TRANSTORNOS COMUNS

Os transtornos mentais e comportamentais apresentam um quadro variado e heterogêneo. Ao passo que alguns distúrbios são brandos, outros são graves. Alguns duram umas poucas semanas, ao passo que outros podem durar a vida inteira. Alguns não chegam a ser sequer discerníveis, a não ser por um exame minucioso, ao passo que outros são impossíveis de ocultar mesmo a um observador casual. Este relatório concentra-se em alguns transtornos comuns que impõem pesadas cargas às comunidades e que são geralmente encarados com

um alto nível de preocupação. São eles os transtornos depressivos, os transtornos devidos ao uso de substâncias, a esquizofrenia, a epilepsia, a doença de Alzheimer, o retardo mental e os distúrbios da infância e da adolescência. A inclusão da epilepsia requer uma explicação. A epilepsia é um distúrbio neurológico e está classificada no Capítulo VI da CID-10 com outras doenças do sistema nervoso. Antigamente, porém, a epilepsia era considerada como transtorno mental e ainda é considerada como tal em muitas sociedades. Como os portadores de transtornos mentais, as pessoas com epilepsia sofrem estigmatização e incapacitação grave quando a doença não é tratada. O controle da epilepsia muitas vezes é responsabilidade de profissionais de saúde mental devido à alta prevalência desse distúrbio e à relativa escassez de serviços neurológicos especializados, especialmente nos países em desenvolvimento. Ademais, muitos países têm leis que impedem pessoas com transtornos mentais e epilepsia de assumir certas responsabilidades civis.

A seção seguinte descreve resumidamente a epidemiologia, a carga, a progressão/resultado e as características especiais de alguns transtornos, como exemplos, para dar um contexto para a descrição das intervenções disponíveis (no Capítulo 3) e das políticas e programas de saúde mental (no Capítulo 4).

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

A depressão se caracteriza por tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia. Outros sintomas são a perda de confiança e autoestima, o sentimento injustificado de culpa, idéias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite. Podem estar presentes também diversos sintomas somáticos. Embora os sentimentos depressivos sejam comuns, especialmente depois de encontrar reverses na vida, o diagnóstico de transtorno depressivo se faz somente quando os sintomas atingem certo limiar e perduram por pelo menos duas semanas. A depressão pode variar em gravidade, desde a depressão branda até a muito grave (ver Figura 1.3). Ocorre muitas vezes episodicamente, mas pode ser recorrente ou crônica. A depressão é mais comum no sexo feminino do que no masculino. A CGD 2000 estima a prevalência de ponto dos episódios depressivos unipolares em 1,9% no sexo masculino e 3,2% no feminino; e que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passarão por um episódio depressivo num período de 12 meses. Essas cifras de prevalência variam entre diferentes populações e podem ser mais altas em algumas delas.

A análise da CGD 2000 mostra também que os transtornos depressivos unipolares impõem pesado encargo à sociedade e se situam em quarto lugar entre as principais causas de ônus entre todas as doenças, respondendo por 4,4% do total de AVAI e sendo a principal causa de AVI, de cujo total representa 11,9%. Na faixa etária dos 15 aos 44 anos, foi a segunda maior causa de ônus, totalizando 8,6% de AVAI perdidos. Embora essas estimativas demonstrem claramente o muito elevado nível atual da carga resultante da depressão, as perspectivas para o futuro são ainda mais sombrias. Até 2020, se persistirem as tendências atuais da transição demográfica e epidemiológica, a carga da depressão subirá a 5,7% da carga total de doenças, tornando-se a segunda maior causa de AVAI perdidos. Em todo o mundo, somente a doença isquêmica cardíaca a suplantará em AVAI perdidos em ambos os sexos. Nas regiões desenvolvidas, a depressão é que terá então mais peso na carga de doenças.

A depressão pode afetar as pessoas em qualquer fase da vida, embora a incidência seja mais alta nas idades médias. Há, porém, crescente reconhecimento da depressão durante a adolescência e princípios da vida adulta (Lewinsohn *et al.* 1993). A depressão é essencialmente um transtorno episódico recorrente e cada episódio geralmente dura de

alguns meses a alguns anos, com um período normal interveniente. Em cerca de 20% dos casos, porém, a depressão segue um curso crônico, sem remissão (Thornicroft e Sartorius 1993), especialmente quando não há tratamento adequado disponível. A taxa de recorrência para os que se recuperam do primeiro episódio fica ao redor de 35% dentro de 2 anos e cerca de 60% aos 12 anos. A taxa de recorrência é mais alta naqueles que têm mais de 45 anos de idade. Um dos resultados particularmente trágicos de um distúrbio depressivo é o suicídio. Cerca de 15–20% dos pacientes depressivos põem termo à vida cometendo suicídio (Goodwin e Jamison 1990). O suicídio continua sendo um dos resultados freqüentes e evitáveis da depressão.

Transtorno afetivo bipolar é um distúrbio depressivo acompanhado de episódios de mania caracterizados por humor expansivo, aumento da atividade, autoconfiança excessiva e deterioração da concentração. Segundo a CGD 2000, a prevalência de ponto dos transtornos bipolares é de aproximadamente 0,4%.

Em suma, depressão é um transtorno mental comum que gera um ônus de doença muito elevado e deverá mostrar uma tendência ascendente nos próximos 20 anos.

TRANSTORNOS DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIA

Os transtornos mentais e comportamentais resultantes do uso de substância psicoativa incluem transtornos devidos ao uso de álcool, opiáceos como ópio ou heroína, canabinóides como maconha, sedativos e hipnóticos, cocaína, outros estimulantes, alucinógenos, fumo e solventes voláteis. As condições são intoxicação, uso nocivo, dependência e transtornos psicóticos. Faz-se o diagnóstico de uso nocivo quando houve dano da saúde física ou mental. A síndrome de dependência envolve o desejo pronunciado de tomar a substância, a dificuldade de controlar o uso, estados de supressão fisiológica, tolerância, descaso de outros prazeres e interesses e uso persistente não obstante os danos causados à própria pessoa e aos outros.

Embora o uso de substâncias (juntamente com os transtornos associados com elas) varie de uma região para outra, o fumo e o álcool são as substâncias de maior uso no mundo em geral e as que têm as mais graves conseqüências para a saúde pública.

O uso do fumo é extremamente comum. A maior parte do uso se faz na forma de cigarros. O Banco Mundial estima que, em países de alta renda, a atenção de saúde relacionada com o tabagismo responde por 6–15,1% dos custos anuais da atenção de saúde (Banco Mundial 1999).

Hoje, cerca de um em quatro adultos, ou 1,2 bilhão de pessoas, faz uso do fumo. Até 2025, o número deverá subir para mais de 1.600 milhões. Segundo estimativas, o fumo foi responsável por mais de 3 milhões de mortes em 1990, atingindo 4 milhões de mortes em 1998. Estima-se que as mortes imputáveis ao tabaco subirão a 8,4 milhões em 2020 e chegarão a 10 milhões por volta de 2030. Esse aumento, porém, não será igualmente dividido: nos países em desenvolvimento, as mortes deverão subir 50%, de 1,6 para 2,4 milhões, ao passo que, na Ásia, elas subirão de 1,1 milhão em 1990 para o nível estimado de 4,2 milhões em 2020 (Murray e Lopez 1997).

Além dos fatores sociais e comportamentais associados com o início do tabagismo, observa-se uma clara dependência da nicotina na maioria dos fumantes crônicos. Essa dependência impede esses indivíduos de deixar de fumar e de manter o fumo à distância. A Caixa 2.3 descreve o vínculo entre transtornos mentais e uso do fumo.

O álcool é também uma substância de uso comum na maioria das regiões do mundo. A prevalência de ponto dos transtornos devidos ao uso de álcool (uso nocivo e dependência) em adultos foi estimada em cerca de 1,7% em todo o mundo, segundo análise da CGD 2000.

As taxas são de 2,8% para o sexo masculino e 0,5% para o feminino. A prevalência de transtornos devidos ao uso de álcool acusa variações consideráveis entre diferentes regiões do mundo, indo de níveis muito baixos em alguns países do Oriente Médio a mais de 5% na América do Norte e partes da Europa oriental.

O uso do álcool está crescendo rapidamente em algumas regiões em desenvolvimento (Jernigan *et al.* 2000; Riley e Marshall 1999; WHO 1999), com possibilidades de agravar problemas relacionados com o álcool (OMS 2000b). O uso de álcool é também importante motivo de preocupação em relação às populações indígenas ao redor do mundo, que mostram prevalência mais elevada de uso e problemas correlatos.

O álcool tem posição elevada entre as causas da carga de doenças. O projeto sobre a carga mundial de doenças (Murray e Lopez 1996a) estimou que o álcool seria responsável por 1,5% de todas as mortes e 2,5% do total de AVAI. Essa carga inclui transtornos físicos (como cirrose) e lesões (como, por exemplo, lesões por acidentes com veículos a motor) imputáveis ao álcool.

O álcool impõe alto custo econômico à sociedade. Segundo uma estimativa, o custo econômico anual do abuso do álcool nos Estados Unidos seria de US\$148 bilhões, incluindo US\$19 bilhões para gastos em atenção de saúde (Harwood *et al.* 1998). No Canadá, os custos econômicos do álcool alcançam a aproximadamente US\$18,4 bilhões, representando 2,7% do produto interno bruto. Estudos em outros países avaliaram o custo dos problemas relacionados com o álcool em cerca de 1% do PIB (Collins e Lapsely 1996; Rice *et al.* 1991). Recente estudo demonstrou que os gastos hospitalares relacionados com o álcool no Novo México, EE.UU., em 1998, somaram US\$51 milhões, em comparação com US\$35 milhões arrecadados em impostos sobre o álcool (New Mexico Department of Health 2001), mostrando claramente que as comunidades gastam mais dinheiro em atenção a problemas ligados ao álcool do que o que dele arrecadam.

Além do fumo, ocorre também uso abusivo de grande número de substâncias—geralmente agrupadas dentro da categoria geral de drogas. Estas compreendem drogas ilícitas, como heroína, cocaína e *cannabis*. A prevalência de período do abuso e dependência de drogas vai de 0,4% a 4%, mas o tipo de drogas usadas varia muito de uma para outra região. A análise da CGD 2000 indica que a prevalência de ponto por transtornos devidos ao uso de heroína e cocaína é de 0,25%. As drogas injetáveis trazem em si considerável risco de infecções como hepatite B, hepatite C e HIV. Já se estimou que existem cerca de 5 milhões de pessoas no mundo que injetam drogas ilícitas. A prevalência de infecção por HIV entre os que usam drogas injetáveis é de 20–80% em muitas cidades. O crescente papel do uso de drogas injetáveis na transmissão do HIV tem despertado considerável preocupação em todo o mundo, especialmente em países da Europa central e oriental (UNAIDS 2000).

A carga imputável a drogas ilícitas (heroína e cocaína) foi estimada em 0,4% da carga total de doenças segundo a CGD 2000. O custo econômico do uso nocivo e da dependência de drogas nos Estados Unidos foi estimado em US\$98 bilhões (Harwood *et al.* 1998). Essas estimativas da carga de doenças e seu custo não levam em conta diversos efeitos sociais negativos que são causados pelo uso de drogas. O uso de fumo e álcool começa tipicamente durante a juventude e atua como facilitador do uso de outras drogas. Assim, o fumo e o álcool contribuem indiretamente para uma grande proporção da carga de outras drogas e para as doenças delas conseqüentes.

Caixa 2.3 Uso do fumo e transtornos mentais

O vínculo entre uso do fumo e transtornos mentais é complexo. Os achados das pesquisas dão fortes indicações de que os profissionais de saúde mental precisam dar muito mais atenção ao uso do fumo por seus pacientes durante e depois do tratamento, a fim de evitar problemas correlatos.

As pessoas com transtornos mentais têm cerca de duas vezes mais probabilidades de fumar do que as outras; as com esquizofrenia e dependência do álcool são particularmente propensas a fumar em demasia, com taxas de até 86%.¹⁻³ Um recente estudo nos Estados Unidos mostrou que pessoas com distúrbios mentais presentes acusavam um índice de tabagismo de 41%, em comparação com 22,5% na população geral, e estimou que 44% dos cigarros fumados no país são consumidos por pessoas com transtornos mentais.⁴

O uso habitual do fumo começa mais cedo nos adolescentes do sexo masculino com transtornos de déficit de atenção⁵ e os indivíduos com depressão têm mais probabilidades de serem fumantes.⁶ Embora o pensamento tradicional tenha sido considerar que as pessoas deprimidas tendem a fumar mais devido a seus sintomas, novos indícios mostram que pode ocorrer justamente o contrário. Um estudo de adolescentes mostrou que os que se tornavam deprimidos acusavam uma prevalência maior de tabagismo anterior—o que indicaria que o fumo efetivamente resultou em depressão naquela faixa etária.⁷

Os pacientes com transtornos devidos ao uso de álcool e drogas também mostram mudanças sistemáticas no seu comportamento tabagista durante o tratamento. Recente estudo constatou que, embora os fumantes inveterados fumassem menos quando hospitalizados para detoxificação, os fumantes moderados efetivamente aumentavam substancialmente o consumo de tabaco.⁸

As razões do alto índice de tabagismo entre pessoas com transtornos mentais e comportamentais não são conhecidas claramente, mas já se indicou a possibilidade de que ele seja devido a mecanismos neuroquímicos.⁹ A nicotina é um agente altamente psicoativo que tem diferentes efeitos no cérebro: tem propriedades “reforçadoras” e ativa o sistema de recompensa do cérebro; leva também a um aumento da liberação de dopamina em partes do cérebro que estão estreitamente relacionadas a transtornos mentais. É possível também que a nicotina seja consumida numa tentativa de reduzir a angústia e outros efeitos indesejáveis dos sintomas mentais. O ambiente social, inclusive o isolamento e o tédio, podem ter também um papel; esses aspectos são particularmente evidentes num contexto institucional. Sejam quais forem as razões, não há dúvida quanto ao fato de que as pessoas com transtornos mentais põem a sua saúde ainda mais em perigo pelo fumar excessivo.

¹ Hughes JR et al. (1985). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143: 933-997.

² Golf DC et al. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1189-1194.

³ True WR et al. (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 56: 655-661.

⁴ Lasser K et al. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284: 2606-2610.

⁵ Castellanos FX et al. (2000). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(12): 1791-1796.

⁶ Pomerleau OF et al. (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, 7(3): 373-368.

⁷ Goodman E, Capitman J (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology*, 5: 443-450.

⁸ Batra A (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Fortschritte de Neurologie-Psychiatrie*, 68: 80-92.

Pergunta-se muitas vezes se os transtornos devidos ao uso de substâncias são realmente transtornos ou se devem ser considerados antes como comportamento desviante por pessoas que se entregam propositadamente a uma atividade que lhes causa danos. Embora a decisão de experimentar substâncias psicoativas geralmente tenha caráter pessoal, formar dependência após o uso repetido vem a ser não uma decisão consciente e informada pela pessoa, nem o resultado de uma fraqueza moral, mas, antes, o produto de uma complexa combinação de fatores genéticos, fisiológicos e ambientais. É muito difícil determinar com precisão quando uma pessoa se torna dependente de uma substância (seja qual for o seu status legal), e há indicações de que, em vez de ser uma categoria claramente definida, a dependência se instala em forma progressiva, dos problemas iniciais sem dependência significativa à dependência grave, com conseqüências físicas, mentais e socioeconômicas.

Há também crescentes indícios de alterações neuroquímicas no cérebro associadas com muitas das características da dependência de substâncias, e de fato causadoras de muitas

delas. Os próprios indícios clínicos parecem mostrar que a dependência de substâncias deve ser encarada ao mesmo tempo como doença médica crônica e como problema social (Leshner 1997; McLellan *et al.* 2000). As raízes comuns da dependência de uma série de substâncias e a alta prevalência de dependência múltipla indicam também que a dependência de substâncias deve ser considerada como um distúrbio mental complexo, com possível base no funcionamento do cérebro.

ESQUIZOFRENIA

Esquizofrenia é um transtorno grave que começa tipicamente perto do fim da adolescência ou no início da idade adulta. Caracteriza-se por distorções fundamentais do pensamento e da percepção e por emoções impróprias. O transtorno envolve as funções mais básicas que dão à pessoa normal um senso de individualidade, singularidade e autodireção. O comportamento pode mostrar-se gravemente transtornado durante certas fases do distúrbio, levando a conseqüências sociais adversas. A firme crença em idéias que são falsas e sem nenhuma base na realidade (delírio) é outro aspecto desse transtorno.

A esquizofrenia segue um curso variável, com completa recuperação sintomática e social em cerca de um terço dos casos. Pode seguir, porém, um curso crônico ou recorrente, com sintomas residuais e recuperação social incompleta. Indivíduos com esquizofrenia crônica constituíam outrora uma grande proporção dos residentes em instituições mentais, e ainda constituem em lugares onde essas instituições continuam existindo. Com os avanços modernos no tratamento medicamentoso e na atenção psicossocial, quase metade dos indivíduos nas fases iniciais da esquizofrenia podem esperar uma recuperação plena e duradoura. Quanto ao restante, somente cerca de um quinto continua enfrentando limitações graves nas suas atividades quotidianas.

Observa-se esquizofrenia em proporções iguais entre os sexos, embora tenda a ocorrer mais tarde a sua manifestação inicial em mulheres, que tendem também a ter melhor evolução e melhores resultados dessa doença.

A CGD 2000 mostra uma prevalência de ponto de 0,4% para esquizofrenia. A esquizofrenia causa alto grau de incapacidade. Num estudo recente de 14 países sobre incapacidade associada com condições físicas e mentais, a psicose ativa foi colocada em terceiro lugar entre as condições mais incapacitantes, mais alta do que a paraplegia e a cegueira, pela população geral (Üstün *et al.* 1999).

No estudo sobre a carga global de doenças, a esquizofrenia é responsável por 1,1% do total de AVAI e 2,8% dos AVI. O custo econômico da esquizofrenia para a sociedade é também elevado. Calculou-se que o custo da esquizofrenia para os Estados Unidos em 1991 foi de US\$19 bilhões em gastos diretos e US\$46 bilhões em perda de produtividade.

Mesmo depois de desaparecidos os sintomas mais evidentes desse transtorno, certos sintomas residuais podem permanecer. São eles a falta de interesse e iniciativa no trabalho e nas atividades do cotidiano, a incompetência social e a incapacidade de manifestar interesse em atividades prazerosas. Esses sintomas podem causar incapacidade permanente e uma baixa qualidade de vida. Podem também impor um fardo considerável às famílias (Pai e Kapur 1982). Tem sido repetidamente demonstrado que a esquizofrenia tem uma evolução menos severa nos países em desenvolvimento (Kulhara e Wig 1978; Thara e Eaton 1996). Por exemplo, em um dos estudos internacionais em locais múltiplos, a proporção de pacientes que acusaram remissão total após dois anos foi de 63% nos países em desenvolvimento contra 37% nos países desenvolvidos (Jablensky *et al.* 1992). Embora tenham sido feitas tentativas de explicar esse resultado melhor como conseqüência de um

apoio familiar mais forte e menos exigências feitas aos pacientes, não estão claras as razões dessas diferenças.

Um número considerável de indivíduos com esquizofrenia tenta o suicídio em dado momento durante o curso de sua doença. Recente estudo mostrou que 30% dos pacientes diagnosticados com esse distúrbio haviam tentado o suicídio pelo menos uma vez durante a vida (Radomsky *et al.* 1999). Aproximadamente 10% das pessoas com esquizofrenia morrem em virtude de suicídio (Caldwell e Gottesman 1990). Em todo o mundo, a doença esquizofrênica reduz o período de vida da pessoa afetada numa média de 10 anos.

EPILEPSIA

A epilepsia é o transtorno cerebral mais freqüente na população geral. Caracteriza-se pela recorrência de ataques causados por descargas de atividade elétrica excessiva numa parte do cérebro ou no seu todo. A maioria das pessoas com epilepsia não apresenta qualquer anormalidade cerebral evidente ou demonstrável além das alterações elétricas. Contudo, uma proporção dos indivíduos com esse transtorno pode sofrer concomitante lesão cerebral, que pode causar outras disfunções físicas tais como espasticidade ou retardo mental.

As causas de epilepsia compreendem predisposição genética, lesões cerebrais, intoxicação e tumores. Entre as causas infecciosas de epilepsia em países em desenvolvimento contam-se a cisticercose (tênia ou solitária), esquistossomose, toxoplasmose, malária e encefalite tubercular ou por vírus (Senanayake e Román 1993). Os ataques epilépticos variam muito em freqüência, de vários em um dia a uma vez de poucos em poucos meses. A manifestação de epilepsia depende das regiões do cérebro comprometidas. Via de regra, o indivíduo sofre repentina perda de consciência e pode ter movimentos espasmódicos do corpo. Podem ocorrer ferimentos devidos a queda durante o ataque.

A CGD 2000 estima em cerca de 37 milhões o número de pessoas que sofrem epilepsia primária em todo o mundo. Quando se inclui a epilepsia causada por outras doenças o número total de pessoas afetadas sobe para cerca de 50 milhões. Há estimativas de que mais de 80% das pessoas com epilepsia vivem em países em desenvolvimento.

A epilepsia impõe uma carga significativa às comunidades, especialmente nos países em desenvolvimento, onde grande número de pacientes pode permanecer sem tratamento. A CGD 2000 estima a carga agregada devida à epilepsia em 0,5% da carga total de doenças. Além da incapacitação física e mental, a epilepsia muitas vezes resulta em graves conseqüências psicossociais para o indivíduo e a família. O estigma ligado à epilepsia impede que os indivíduos que a têm participem em atividades normais, inclusive educação, casamento, trabalhos e desporto.

Geralmente, a epilepsia se manifesta na infância e pode (embora nem sempre) ter uma progressão crônica. A taxa de recuperação espontânea é substancial, com muitos dos identificados como portadores de epilepsia mostrando-se livres de ataques após três anos.

DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer é uma doença degenerativa primária do cérebro. A demência na doença de Alzheimer é classificada como transtorno mental e comportamental na CID-10. Caracteriza-se por declínio progressivo de funções cognitivas como a memória, o pensamento, a compreensão, o cálculo, a linguagem, a capacidade de aprender e o discernimento. Diagnostica-se demência quando esses declínios são suficientes para prejudicar as atividades pessoais da vida diária. A doença de Alzheimer tem um início insidioso, com deterioração lenta. Essa doença precisa ser claramente diferenciada do

declínio normal das funções cognitivas associado ao envelhecimento. O declínio normal é muito menor, muito mais gradual, e resulta em incapacidades menores. O início da doença de Alzheimer geralmente ocorre após os 65 anos de idade, embora não seja raro o início mais cedo. Com o avançar da idade, aumenta rapidamente a incidência (que é aproximadamente duplicada a cada cinco anos). Isso tem óbvias repercussões no número total de pessoas que vivem com esse transtorno, à medida que aumenta a esperança de vida na população.

A incidência e a prevalência da doença de Alzheimer têm sido amplamente estudadas. As amostras de população geralmente são compostas de pessoas maiores de 65 anos, embora alguns estudos tenham indicado populações mais jovens, especialmente em países onde o período esperado de vida é mais curto (por exemplo, a Índia). A ampla variação das cifras de prevalência (1–5%) explica-se em parte pela diferenças de idade nas amostras e de critérios de diagnóstico. Na CGD 2000, a demência de Alzheimer e outras demências têm uma prevalência de ponto média de 0,6%. A prevalência entre os maiores de 60 anos é de aproximadamente 5% para o sexo masculino e 6% para o feminino. Não há indícios de qualquer diferença na incidência por sexo, mas o número de mulheres encontradas com doença de Alzheimer é maior por ser maior a longevidade no sexo feminino.

A causa exata da doença de Alzheimer permanece desconhecida, embora tenham sido sugeridos diversos fatores. São eles as perturbações do metabolismo e da regulação da proteína amilóide precursora, proteínas relacionadas com placas, proteínas tau, zinco e alumínio (Droust *et al.* 2000; Cuajungco e Lees 1997).

Segundo estimativa da CGD 2000, os AVAI devidos às demências chegam a 0,84% e os AVI, a 2,0%. Com o envelhecimento da população, especialmente nas regiões industrializadas, essa percentagem provavelmente acusará aumento rápido nos próximos 20 anos.

A doença de Alzheimer já representa um custo tremendo para a sociedade (Rice *et al.* 1993), e esse custo continuará crescendo (Brookmeyer e Gray 2000). Os custos totais diretos e indiretos desse distúrbio nos Estados Unidos foram estimados em US\$536 milhões e US\$1,75 bilhão, respectivamente, para o ano 2000.

RETARDO MENTAL

O retardo mental é um estado definido por inibição do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto da mente, caracterizado pelo prejuízo das aptidões e da inteligência geral em áreas tais como cognição, linguagem e faculdades motoras e sociais. Descrito também como insuficiência ou deficiência mental, o retardo mental pode ocorrer com ou sem outros transtornos físicos ou mentais. Embora o aspecto característico desse distúrbio seja a redução do nível de funcionamento intelectual, o diagnóstico se faz somente se ela vier associada com diminuição da capacidade de adaptação às exigências diárias do ambiente social normal. O retardo mental é também caracterizado como brando (níveis de QI de 50–69), moderado (níveis de QI de 35–49), grave (níveis de QI de 20–34) e profundo (níveis de QI inferiores a 20).

Os dados sobre prevalência variam consideravelmente devido à variação dos critérios e métodos usados nas pesquisas, bem como às diferenças na margem de idades das amostras. Acredita-se que a prevalência geral de retardo mental esteja situada entre 1% e 3%, correspondendo ao retardo moderado, grave e profundo a taxa de 0,3%. Sua ocorrência é mais comum nos países em desenvolvimento devido a uma incidência maior de lesões e anóxia no recém-nascido e de infecções cerebrais na primeira infância. Uma causa comum de retardo mental é a carência de iodo, que resulta em cretinismo (Sankar *et al.* 1998). A

deficiência de iodo é a maior causa de lesão cerebral evitável e retardo mental no mundo (Delange 2000).

O retardo mental impõe pesada carga ao indivíduo e à família. No retardo mais grave, isso envolve assistência no desempenho das nossas atividades do dia a dia e no cuidado pessoal. Não há estimativas disponíveis do peso do retardo mental na carga geral de doenças, mas tudo parece indicar que é substancial o ônus causado por essa condição. Na maioria dos casos, o ônus perdura por toda a vida.

TRANSTORNOS DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

Ao contrário da crença popular, os transtornos mentais e comportamentais são comuns durante a infância e a adolescência. Dá-se insuficiente atenção a essa área da saúde mental. Num recente relatório, o Diretor Geral de Saúde dos Estados Unidos (DHHS 2001) afirmou que o país está passando por uma crise na saúde mental dos lactentes, crianças e adolescentes. Segundo o relatório, embora um de cada dez jovens sofra doença mental suficientemente grave para causar certo nível de prejuízo, menos de um em cinco recebe o tratamento necessário. É muito provável que a situação seja ainda menos satisfatória em grandes regiões do mundo em desenvolvimento.

A CID-10 identifica duas grandes categorias específicas da infância e da adolescência: transtornos do desenvolvimento psicológico e transtornos de comportamento e emocionais.

Os primeiros caracterizam-se pela deterioração ou retardamento do desenvolvimento de

Tabela 2.2 Prevalência de transtornos da infância e adolescência, estudos selecionados

País	Idade (anos)	Prevalência (%)
Alemanha ¹	12–15	20,7
Espanha ²	8, 11, 15	21,7
Etiópia ³	1–5	17,7
EUA ⁴	1–5	21,0
Índia ⁵	1–16	12,8
Japão ⁶	12–15	15,0
Suíça ⁷	1–15	22,5

1 Weyerer S *et al.* (1968). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 290-296.

2 Gomez-Beneyto M *et al.* (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 352-357.

3 Tadesse B *et al.* (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimate. 100 (Suppl): 92-97.

4 Shaffer D *et al.* (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 865-877.

5 Indian Council of Medical Research (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, ICMR (dados inéditos).

6 Morita H *et al.* (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34: 317-332.

7 Steinhausen HC *et al.* (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 262-271.

funções específicas como a fala e a linguagem (dislexias) ou por transtornos globais do desenvolvimento (autismo, por exemplo). Esses distúrbios têm uma evolução constante, sem remissão ou recorrência, embora a maioria tenda a melhorar com o tempo. O grupo geral das dislexias compreende distúrbios de leitura e grafia. A prevalência deles ainda é incerta, mas pode situar-se em cerca de 4% para a população em idade escolar (Spagna *et al.* 2000). A segunda categoria, transtornos de comportamento e emocionais, inclui transtornos hipercinéticos (na CID-10), distúrbios de atenção/hiperatividade (em DSM-IV, APA 1994), distúrbios de conduta e transtornos emocionais da infância. Ademais, muitos dos transtornos mais freqüentemente observados em adultos podem ter início durante a infância. Exemplo disso é a depressão, que vem sendo identificada com crescente freqüência entre crianças.

A prevalência geral de transtornos mentais e comportamentais em crianças foi investigada em vários estudos de países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os resultados de uma seleção de estudos aparecem na Tabela 2.2. Embora as cifras de prevalência variem consideravelmente entre os estudos, 10–20% das crianças parecem ter um ou mais problemas mentais. Há que fazer

uma ressalva a estas estimativas elevadas de morbidez entre crianças e adolescentes. Como a infância e a adolescência são fases do desenvolvimento, é difícil traçar limites claros entre fenômenos que fazem parte do desenvolvimento normal e outros que são anormais. Muitos estudos fazem uso de listas de verificação do comportamento por pais e professores para detectar casos. Essa informação, embora útil na identificação de crianças que poderiam necessitar de atenção especial, pode nem sempre corresponder a um diagnóstico definido.

Os transtornos mentais e comportamentais da infância e da adolescência custam muito caro para a sociedade em termos tanto humanos como financeiros. A carga agregada de doenças gerada por esses transtornos não foi estimada e seria muito complexo o seu cálculo, porque muitos dos transtornos podem ser precursores de distúrbios muito mais incapacitantes durante uma fase posterior da vida.

COMORBIDADE

É comum a ocorrência simultânea de dois ou mais transtornos mentais no mesmo indivíduo. Isso não é muito diferente da situação dos transtornos físicos, que tendem também a ocorrer juntos muito mais freqüentemente do que poderia ser explicado pelo acaso. É particularmente comum com a idade avançada, quando diversos transtornos físicos e mentais podem ocorrer juntos. Os problemas de saúde física podem não somente coexistir com distúrbios mentais como a depressão como podem também prognosticar o início e a persistência da depressão (Geerling *et al.* 2000).

Dentre os estudos metodologicamente válidos de amostras representativas nacionais, um foi feito nos Estados Unidos (Kessler *et al.* 1994) e mostrou que 79% de todos os enfermos apresentavam comorbidade. Noutras palavras, somente em 21% dos pacientes se verificou a ocorrência de um transtorno mental isolado. Mais da metade dos transtornos de toda a vida ocorreu em 14% da população. Achados semelhantes foram obtidos em estudos de outros países, embora não seja copiosa a informação disponível dos países em desenvolvimento.

A ansiedade e os distúrbios depressivos freqüentemente ocorrem juntos. Observa-se essa comorbidade em aproximadamente metade das pessoas com esses transtornos (Zimmerman *et al.* 2000). Outra situação comum é a presença de transtornos mentais associados com o uso e a dependência de substâncias. Entre pessoas atendidas por serviços relacionados com o uso de álcool e drogas, entre 30% e 90% apresentam um “transtorno dúplice” (Gossop *et al.* 1998). A taxa de transtornos devidos ao uso de álcool é também elevada entre os que buscam serviços de saúde mental (65% segundo comunicação de Rachliesel *et al.* 1999). Os transtornos devidos ao uso de álcool são também comuns (12–50%) entre pessoas com esquizofrenia.

A presença de comorbidade substancial tem sérias repercussões na identificação, tratamento e reabilitação das pessoas afetadas. A incapacidade dos indivíduos sofredores e o encargo para as famílias também crescem na mesma proporção.

SUICÍDIO

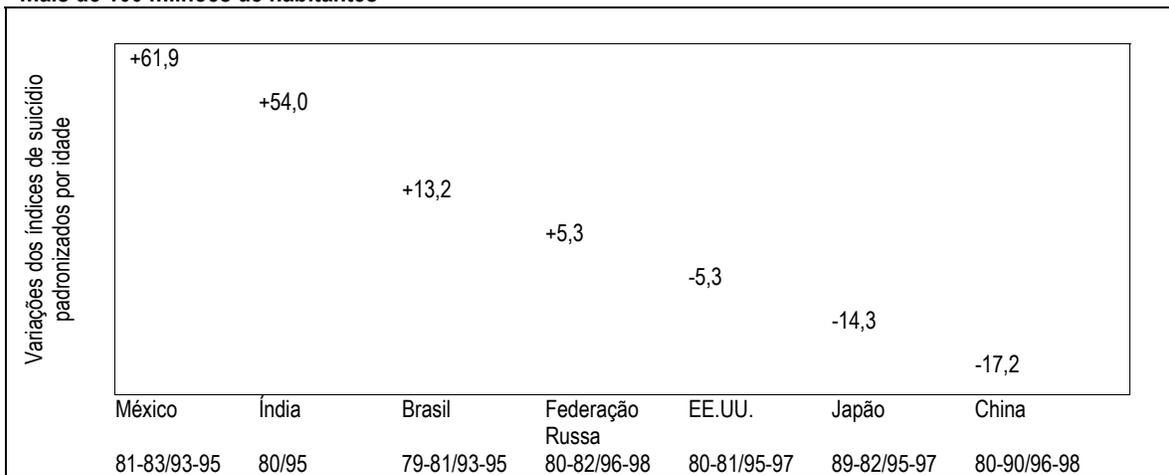
O suicídio resulta de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. O suicídio constitui hoje um grande problema de saúde pública. Tomada como média para 53 países dos quais há dados completos disponíveis, a taxa agregada e padronizada de suicídio em 1996 foi de 15,1 por

100.000. A taxa de suicídio é quase universalmente mais alta entre homens em comparação com mulheres, por um coeficiente agregado de 3,5:1.

Nos últimos 30 anos, as taxas de suicídio nos 39 países dos quais há dados completos disponíveis para o período 1970-96, os índices de suicídio parecem ter-se mantido bastante estáveis, mas as taxas agregadas atuais ocultam significativas diferenças quanto aos sexos, grupos etários, geografia e tendências a mais longo prazo.

Geograficamente, verificam-se consideráveis variações dos índices de suicídio. As tendências observadas nos megapaíses do mundo—os que têm mais de 100 milhões de habitantes—provavelmente proporcionarão informações idôneas sobre a mortalidade por suicídio. Há informações disponíveis de 7 de 11 desses países nos últimos 15 anos. As tendências variam de um aumento de quase 62% no México a um declínio de 17% na China, enquanto os Estados Unidos e a Federação Russa se encaminham em direções opostas pelos mesmos 5,3%, como mostra a Figura 2.4. São necessárias duas observações: primeiro, é muito provável que somente o tamanho das suas populações coloque esses países na mesma categoria, uma vez que são diferentes em praticamente todos os outros aspectos. Segundo, a magnitude da mudança não reflete a verdadeira magnitude dos índices de suicídio naqueles países. No ano mais recente para o qual há dados disponíveis, os índices de suicídio variam de 3,4 por 100.000 no México a 14,0 por 100.000 na China e 34,0 por 100.000 na Federação Russa.

Figura 2.4 Variações dos índices de suicídio padronizados por idade em períodos específicos em países com mais de 100 milhões de habitantes



É muito difícil, senão mesmo impossível, encontrar uma explicação comum para essa diversidade de variações. A mudança socioeconômica (em qualquer sentido) muitas vezes é apontada como possível fator contribuinte para um aumento dos índices de suicídio. Contudo, embora isso tenha sido documentado em várias ocasiões, têm sido também observados aumentos dos índices de suicídio em períodos de estabilidade socioeconômica, assim como se têm observado taxas de suicídio estáveis em períodos de grandes transformações socioeconômicas. Não obstante, essas cifras agregadas podem ocultar diferenças significativas entre alguns setores da população. Por exemplo, uma evolução plana dos índices de suicídio pode ocultar um aumento das taxas para o sexo masculino estatisticamente compensado por uma diminuição das taxas para o sexo feminino (como ocorreu, por exemplo, na Austrália, Chile, Cuba, Espanha e Japão); aplicar-se-ia o mesmo a grupos etários extremos, tais como os adolescentes e os idosos (por exemplo, na Nova

Zelândia). Já se mostrou que os aumentos das taxas de desemprego são, geralmente mas nem sempre, acompanhados de uma baixa dos índices de suicídio na população geral (por exemplo, na Finlândia), mas também de uma alta dos índices de suicídio entre os idosos e aposentados (por exemplo, na Suíça).

Figura 2.5 Suicídio como principal causa de morte, países selecionados da Região Européia e China, faixa de 15 – 34 anos, 1998

Região da Europa (países selecionados) ^a		
Ambos os sexos	Sexo masculino	Sexo feminino
1. Acidentes de transporte	1. Acidentes de transporte	1. Todos os cânceres
2. Suicídio	2. Suicídio	2. Acidentes de transporte
3. Todos os cânceres	3. Todos os cânceres	3. Suicídio

China (regiões selecionadas) ^b		
Ambos os sexos (Áreas rurais e urbanas)	Sexo masculino (Áreas rurais)	Sexo feminino (Áreas rurais)
1. Suicídio	1. Acidentes com veículos a motor	1. Suicídio
2. Acidentes com veículos a motor	2. Todos os cânceres	2. Todos os cânceres
3. Todos os cânceres	3. Suicídio	3. Acidentes com veículos a motor

^a Albânia, Alemanha, Bulgária, Cazaquistão, Croácia, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Israel, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Macedônia, Malta, Noruega, Portugal, Reino Unido, República da Moldova, República Checa, Romênia.

^b Estatísticas de causas de morte e taxas vitais, sistemas de registro civil e outras fontes de informação. *World Health Statistics Annual 1993*, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1994 (Seção A/B: China 11-17).

O consumo de álcool (por exemplo, nos Estados Bálticos e na Federação Russa) e a facilidade de acesso a certas substâncias tóxicas (por exemplo, na China, Índia e Sri Lanka) e a armas de fogo (por exemplo, em El Salvador e nos Estados Unidos) parecem mostrar uma correlação positiva com os índices de suicídio em todos os países—industrializados ou desenvolvidos—até agora estudados. Mais uma vez, as cifras agregadas podem esconder grandes discrepâncias entre, por exemplo, áreas rurais e urbanas (por exemplo, na China e na República Islâmica do Irã).

O suicídio é uma das principais causas de morte de adultos jovens. Situa-se entre as três maiores causas de morte na população de 15–34 anos. Como se observa nos dois exemplos da figura 2.5, o suicídio é predominante no grupo etário de 15–34 anos, no qual é a primeira ou a segunda causa de morte para ambos os sexos. Isso representa uma tremenda perda para a sociedade em pessoas jovens nos anos produtivos da vida. Só existem dados disponíveis sobre tentativas de suicídio de alguns países; indicam elas que o número de tentativas de suicídio pode ser até 20 vezes maior do que o de suicídios consumados.

As lesões autoprovocadas, inclusive o suicídio, foram a causa de cerca de 814.000 mortes em 2000. Segundo a CGD 2000, foram responsáveis por 1,3% dos AVAI totais.

Dos transtornos mentais que levam ao suicídio, o mais comum é a depressão, embora também se registrem taxas elevadas de esquizofrenia. Ademais, o suicídio muitas vezes se relaciona com o uso de substâncias - seja na pessoa que o comete, seja dentro da família. A proporção maior de suicídios em alguns países da Europa central e oriental foi recentemente atribuída ao uso de álcool (Rossow 2000).

É bem conhecido o fato de que a disponibilidade de meios para cometer suicídio tem significativo impacto sobre os suicídios ocorridos em qualquer região. Esse aspecto foi mais

estudado com relação à disponibilidade de armas de fogo, tendo-se constatado que ocorre alta mortalidade por suicídio entre pessoas que compraram tais armas no passado recente (Wintemute *et al.* 1999). De todas as pessoas que morreram devido a lesões com armas de fogo nos Estados Unidos em 1997, um total de 54% morreram por suicídio (Rosenberg *et al.* 1999).

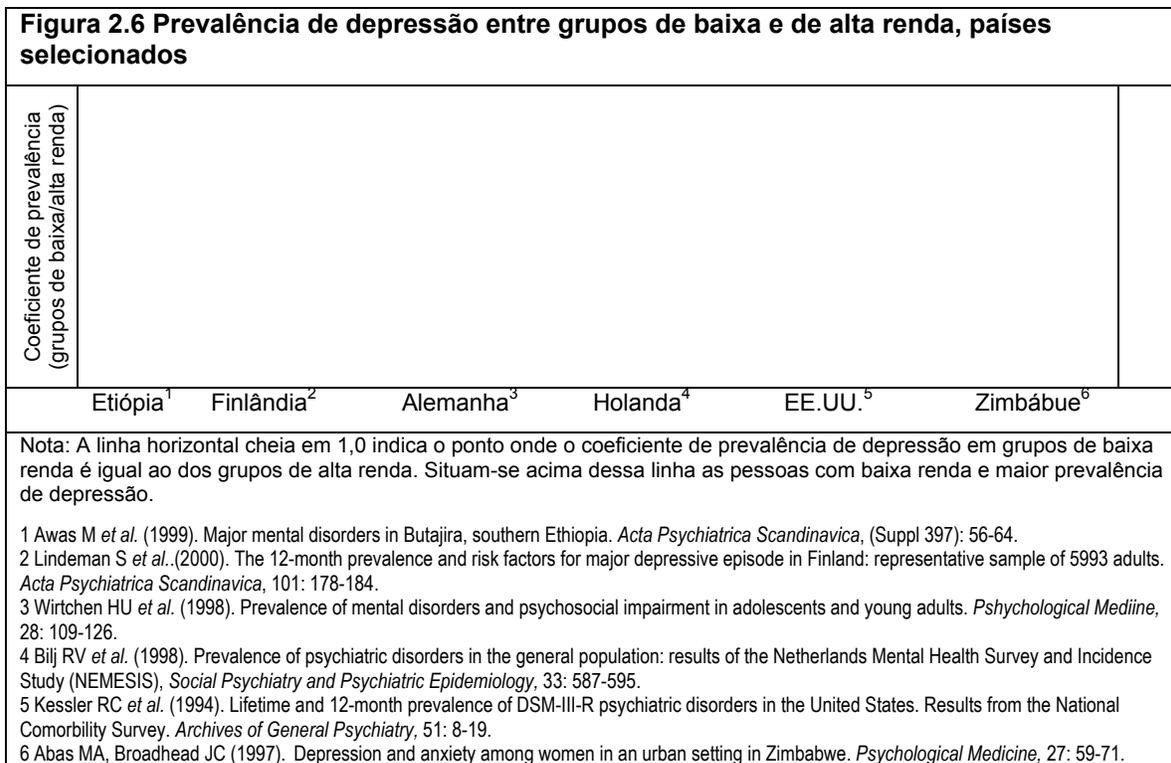
A explicação precisa das variações dos índices de suicídio deve ser sempre considerada no contexto local. Há premente necessidade de vigilância epidemiológica e pesquisa local apropriada para contribuir para uma compreensão melhor desse grave problema de saúde pública e melhorar as possibilidades de prevenção.

DETERMINANTES DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Diversos fatores determinam a prevalência, o início e a evolução dos transtornos mentais e comportamentais. Esses fatores são sociais e econômicos, fatores demográficos como sexo e idade, ameaças graves tais como conflitos e desastres, a presença de doença física grave e o ambiente familiar, que são aqui descritos resumidamente para ilustrar o seu impacto na saúde mental.

POBREZA

A pobreza e as condições associadas—desemprego, baixo nível de instrução, privação e ausência de domicílio—não só são generalizadas em países pobres como também afetam uma minoria considerável em países ricos. Dados de pesquisas transculturais feitas no Brasil, Chile, Índia e Zimbábue mostram que os transtornos mentais mais comuns são cerca de duas vezes mais freqüentes entre os pobres do que entre os ricos (Patel *et al.* 1999). Nos Estados Unidos, observou-se em crianças das famílias mais pobres um risco maior de tais distúrbios, à razão de 2:1 para transtornos de comportamento e 3:1 para estados comórbidos (Costello *et al.* 1996). Uma resenha de 15 estudos indicou uma razão média para a prevalência total de transtornos mentais entre as categorias socioeconômicas mais baixas e mais altas de 2,1:1 para um ano e 1,4:1 para prevalência vitalícia (Kohn *et al.* 1998). Foram anunciados resultados semelhantes em recentes estudos realizados na América do Norte, América Latina e Europa (OMS Consortium International of Psychiatric Epidemiology 2000). A figura 2.6 mostra que a depressão ocorre mais freqüentemente entre os pobres do que entre os ricos.



Há indícios também de que a evolução dos distúrbios é determinada pelo *status* socioeconômico do indivíduo (Kessler *et al.* 1994; Saraceno e Barbui 1997). Isso pode ter sido resultado do uso de variáveis pertinentes a diferentes serviços, inclusive barreiras ao acesso à atenção. Os países pobres têm menos recursos para saúde mental e esses recursos muitas vezes não estão disponíveis para os setores mais pobres da sociedade. Mesmo em países ricos, a pobreza e os fatores a ela associados, como falta de cobertura de seguros, níveis de instrução mais baixos, desemprego e *status* racial, étnico e lingüístico minoritário criam barreiras intransponíveis à atenção. O desnível de tratamento para a maioria dos transtornos mentais é considerável, assumindo, porém, proporções maciças para a população pobre. Ademais, os pobres muitas vezes suscitam preocupações de saúde mental quando procuram tratamento para problemas físicos, como se indica na Caixa 2.4.

A relação entre transtornos mentais e de comportamento, inclusive os relacionados com o uso de álcool, e o desenvolvimento econômico das comunidades e países, não foi explorada sistematicamente. Parece, contudo, que o ciclo vicioso da pobreza e dos transtornos mentais no nível da família (ver Figura 1.4) pode muito bem estar atuando nos níveis de comunidade e de país.

Caixa 2.4 As doenças do corpo e da mente vistas pelos pobres

Quando interrogados sobre a sua saúde, os pobres mencionam uma grande variedade de lesões e doenças: membros fraturados, queimaduras, envenenamento por substâncias químicas e poluição, diabetes, pneumonia, bronquite, tuberculose, HIV/AIDS, asma, diarreia, febre tifóide, malária, doenças parasitárias da água contaminada, infecções cutâneas e outras doenças debilitadoras. Muitas vezes, vêm à tona problemas de saúde mental ao lado de inquietações físicas e freqüentemente são também discutidas dificuldades relacionadas com o abuso de drogas. O estresse, a ansiedade, a depressão, a falta de autoestima e o suicídio estão entre os efeitos da pobreza e da saúde debilitada comumente identificados pelos grupos de discussão. Um tema que volta sempre é o estresse resultante da incapacidade de sustentar a própria família. As pessoas associam muitas formas de doença com o estresse, a angústia e o mal-estar, mas muitas vezes destacam três para menção especial: HIV/AIDS, alcoolismo e drogas.

O HIV/AIDS tem marcante impacto. Em Zâmbia, um grupo de jovens encontrou um vínculo causal entre pobreza e prostituição, AIDS e, finalmente, morte. Discussões em grupo na Argentina, Gana, Jamaica, Tailândia, Vietnã e vários outros países também mencionam o HIV/AIDS e doenças correlatas como problemas que afetam o seu modo de vida e sobrecarregam a família extensa.

Muitas pessoas consideram o uso de drogas e o alcoolismo como causas de violência, insegurança e roubo, e vêem o gasto de dinheiro com álcool ou outras drogas, embriaguez entre os homens e violência doméstica como síndromes de pobreza. Muitos grupos de discussão de todas as regiões dão conta de problemas de maus-tratos físicos de mulheres quando os maridos chegam em casa embriagados, e vários grupos acham que beber cerveja leva à promiscuidade e à doença. O alcoolismo é especialmente prevalente entre homens. Na África, tanto urbana como rural, os pobres o mencionam mais freqüentemente do que as drogas.

Faz-se freqüente referência a drogas nas áreas urbanas, especialmente na América Latina, Tailândia e Vietnã. As drogas são também mencionadas em partes da Bulgária, da Federação Russa, da Quirguízia e do Uzbequistão. As pessoas que têm o vício das drogas são infelizes, e o mesmo ocorre com suas famílias.

¹ Narayan D *et al.* (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. Nova York, Oxford University Press, para o Banco Mundial.

SEXO

Tem-se dado um enfoque cada vez mais intenso às diferenças sexuais no estudo da prevalência, causalidade e evolução dos transtornos mentais e comportamentais. Em séculos passados, observou-se uma proporção maior de mulheres entre os internados em asilos e outras instituições de tratamento, mas não se sabe ao certo se os distúrbios mentais eram de fato mais prevalentes no sexo feminino ou se eram mais numerosas as mulheres que se apresentavam para tratamento.

Estudos comunitários recentes usando uma metodologia bem fundamentada revelaram algumas diferenças interessantes. A prevalência geral de transtornos mentais e comportamentais não parece ser diferente entre homens e mulheres. Os transtornos da ansiedade e a depressão, contudo, são mais comuns no sexo feminino, ao passo que os devidos ao uso de substâncias são mais comuns no sexo masculino (Gold 1998). Quase todos os estudos mostram uma prevalência maior de transtornos depressivos e de ansiedade entre mulheres, observando-se usualmente uma razão de 1,5:1 a 2:1. Esses achados têm sido feitos não somente nos países desenvolvidos como também em vários países em desenvolvimento (Patel *et al.* 1999; Pearson 1995). É interessante assinalar que as diferenças sexuais quanto aos índices de depressão mostram forte correlação com a idade: as diferenças maiores ocorrem na vida adulta, sem diferenças assinaladas na infância e poucas na velhice.

Têm sido postuladas muitas razões para a prevalência maior de transtornos depressivos e ansiedade. Não há dúvida de que fatores genéticos e biológicos desempenham algum papel, como o indica particularmente o estreito relacionamento temporal entre uma prevalência mais alta e a faixa de idades produtivas com as alterações hormonais associadas. Estão bem documentadas as mudanças abruptas de ânimo relacionadas com alterações hormonais como parte do ciclo menstrual e após o parto. De fato, a ocorrência de depressão dentro de meses após o parto pode marcar o início de um transtorno depressivo recorrente. Contudo, fatores

psicológicos e sociais também pesam significativamente na diferença entre os sexos nos transtornos depressivos e de ansiedade. É possível que haja mais estressores tanto reais como percebidos entre as mulheres. O papel tradicional por elas desempenhado na sociedade expõe as mulheres a um estresse maior e assim também as torna menos capazes de mudar o seu ambiente gerador de estresse.

Outra razão das diferenças sexuais nos transtornos mentais comuns é a alta taxa de violência doméstica e sexual a que as mulheres estão sujeitas. Ocorre violência doméstica em todas as regiões do mundo, e as mulheres arcam com a maior parte da sua carga (OMS 2000b). Uma resenha de estudos (OMS 1997a) constatou que a prevalência de violência doméstica durante a vida fica entre 16% e 50%. É também comum a violência sexual. Já se estimou que uma em cinco mulheres sofre estupro ou tentativa de estupro durante a sua vida. Essas ocorrências traumáticas têm conseqüências psicológicas, sendo as mais comuns os transtornos depressivos e os devidos à ansiedade. Um recente estudo na Nicarágua mostrou que as mulheres com angústia emocional tinham seis vezes mais probabilidades de dar parte de maus tratos maritais, em comparação com mulheres sem essa angústia (Ellsberg *et al.* 1999). Ademais, as mulheres que sofreram sevícias graves durante o último ano mostraram 10 vezes mais probabilidades de passar por angústia emocional do que as mulheres que nunca tinham sofrido maus tratos.

O Estudo Multipaíses da OMS sobre a Saúde das Mulheres e a Violência Doméstica e os Estudos Mundiais sobre Abuso em Ambientes Familiares (WorldSAFE), da Rede Internacional de Epidemiologistas Clínicos (INCLLEN 2001) estão analisando a prevalência e as conseqüências da violência exercida por parceiros íntimos na saúde das mulheres, com base em amostras de população levantadas em diferentes contextos. Em ambos os estudos, pergunta-se às mulheres se elas cogitaram ou tentaram o suicídio. Resultados preliminares indicam uma relação altamente significativa entre essa violência e a idéia de suicídio (ver Tabela 2.3). Ademais, observaram os mesmos padrões significativos somente para violência sexual assim como em combinação com violência física.

Em contraste com os transtornos depressivos e os devidos à ansiedade, os distúrbios mentais graves, como a esquizofrenia e os transtornos afetivos bipolares, não acusam claras diferenças de incidência ou prevalência (Kessler *et al.* 1994). A esquizofrenia, contudo, parece começar mais cedo e ter uma evolução mais incapacitadora no sexo masculino (Sartorius *et al.* 1986). Quase todos os estudos mostram que os transtornos devidos ao uso de substâncias e os transtornos da personalidade anti-social são muito mais comuns entre homens do que entre mulheres.

Tabela 2.3 Relação entre violência doméstica e intenções suicidas

Experiência de violência física por parceiro íntimo	Porcentagem de mulheres que já pensaram em suicidar-se (p<0,001)							
	Brasil ¹ (n=940)	Chile ² (n=631)	Egito ² (n=631)	Índia ² (n=6327)	Indonésia ³ (n=765)	Filipinas ² (n=1001)	Peru ¹ (n=1088)	Tailândia ¹ (n=2073)
Nunca	21	11	7	15	1	8	17	18
Já ocorreu	48	36	61	64	11	28	40	41

¹ WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence (preliminary results, 2001). Genebra, Organização Mundial da Saúde (documento inédito).

² International Network of Clinical Epidemiological (INCLLEN 2001). World Studies of Abuse in Family Environment (WorldSAFE). Manila, International Network of Clinical Epidemiologists. Esta pesquisa interrogou mulheres sobre "violência física grave".

³ Hakimi M *et al.* (2001). Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java. Yogyakarta, Indonésia. Program for Appropriate Technology in Health.

A comorbidade é mais comum nas mulheres do que nos homens. Na maioria dos casos, toma a forma de ocorrência simultânea de transtornos depressivos, transtornos devidos à ansiedade e transtornos somatoformes, correspondendo aos últimos a presença de sintomas físicos que não podem ser atribuídos a doenças físicas. Há indicações de que as mulheres comunicam um número maior de sintomas físicos e psicológicos do que os homens.

Há indícios também de que a prescrição de medicamentos psicotrópicos é mais alta entre as mulheres (ver Figura 1.5); esses medicamentos incluem drogas contra ansiedade, antidepressivos, sedativos, hipnóticos e antipsicóticos. Esse uso maior de medicamentos pode ser parcialmente explicado por uma prevalência maior de transtornos mentais comuns e um alto índice de comportamentos de busca de ajuda. Um fator significativo seria provavelmente a atitude dos médicos que, face a um caso psicossocial complexo que requer psicoterapia, optam pela saída mais fácil da prescrição de medicamentos.

Observa-se em todo o mundo uma prevalência maior de transtornos devidos ao uso de substâncias e transtornos de personalidade anti-social no sexo masculino. Em muitas regiões, porém, os distúrbios devidos ao uso de substâncias estão crescendo rapidamente no sexo feminino.

As mulheres arcam também com o fardo mais pesado da atenção aos doentes mentais dentro da família. Esse aspecto está se tornando cada vez mais crítico, pelo fato de um número cada vez maior de pessoas com transtornos mentais crônicos estar recebendo atenção na comunidade.

Em resumo, os transtornos mentais têm claros determinantes sexuais que precisam ser mais bem compreendidos e pesquisados no contexto da avaliação da carga geral de doenças.

IDADE

A idade é importante determinante dos transtornos mentais. A ocorrência de transtornos mentais na infância e na adolescência já foi descrita resumidamente. Observa-se também alta prevalência de distúrbios na velhice. Além da doença de Alzheimer, de que já se tratou, as pessoas idosas sofrem também diversos outros transtornos mentais e comportamentais. De modo geral, a prevalência de certos distúrbios tende a crescer com a idade. Predomina entre estes a depressão. O transtorno da depressão é comum entre os idosos: estudos mostram que 8–20% dos que recebem atenção na comunidade e 37% dos que a recebem no nível primário sofrem depressão. Recente estudo numa amostra comunitária de pessoas maiores de 65 anos observou depressão entre 11,2% dessa população (Newman *et al.* 1998). Outro estudo recente, contudo, constatou que a prevalência de ponto dos transtornos depressivos é de 4,4% para mulheres e 2,2% para homens, embora as cifras correspondentes para prevalência durante toda a vida fossem de 20,4% e 9,6%. A depressão é mais comum entre os idosos com transtornos físicos incapacitantes (Katona e Livingston 2000). A presença de depressão aumenta ainda mais a incapacidade nessa população. Os transtornos depressivos entre os idosos deixam de ser detectados ainda mais frequentemente do que entre os adultos jovens, por serem muitas vezes erroneamente considerados como parte do processo de envelhecimento.

CONFLITOS E DESASTRES

Os conflitos, inclusive guerras e distúrbios civis, e os desastres afetam grande número de pessoas e resultam em problemas mentais. Estima-se que, em todo o mundo, cerca de 50 milhões de pessoas são refugiadas ou estão deslocadas internamente. Ademais, milhões são afetados por catástrofes naturais tais como terremotos, inundações, tufões, furacões e grandes calamidades similares (IFRC 2000). Essas situações cobram pesado tributo à saúde

mental das pessoas afetadas, a maioria das quais vive em países em desenvolvimento, onde a capacidade de fazer face a esses problemas é extremamente limitada. Entre um terço e a metade de todas as pessoas afetadas sofrem de ansiedade. O diagnóstico feito com maior frequência é o de transtorno devido ao estresse pós-traumático (TEPT), muitas vezes ao lado de transtornos depressivos ou de ansiedade. Ademais, a maioria das pessoas refere sintomas psicológicos que não chegam a constituir transtornos. O TEPT se manifesta após uma ocorrência de caráter excepcionalmente ameaçador ou catastrófico que gera tensão, e é caracterizado por lembranças intrusivas, evitação de circunstâncias associadas com o estressor, distúrbios do sono, irritabilidade e ira, falta de concentração e vigilância excessiva. A prevalência de ponto do TEPT na população geral, segundo a CGD 2000, é de 0,37%. O diagnóstico específico de TEPT tem sido questionado sob a alegação de que é culturalmente específico e de ser também feito com demasiada frequência. De fato, o TEPT já foi chamado uma categoria de diagnóstico que teria sido inventada com base em necessidades sociopolíticas (Summerfield 2001). Embora a propriedade mesma desse diagnóstico específico seja incerta, o significado geral do adoecimento mental entre pessoas expostas a traumatismos graves é geralmente aceita.

Estudos de vítimas de catástrofes naturais indicam uma taxa elevada de transtornos mentais. Na China, um estudo constatou recentemente uma alta taxa de sintomas psicológicos e baixa qualidade de vida entre os sobreviventes de terremotos. O estudo mostrou também que o apoio após a catástrofe foi efetivo no melhoramento do bem-estar (Wang *et al.* 2000).

DOENÇAS FÍSICAS GRAVES

A presença de graves doenças físicas afeta a saúde mental das pessoas, tanto como de toda a família. A maioria das doenças gravemente incapacitantes ou ameaçadoras à vida, inclusive cânceres em homens e mulheres, tem esse impacto. O caso do HIV/AIDS é descrito aqui como exemplo desse efeito.

O HIV está se propagando com grande rapidez no mundo. Ao fim de 2000, vivia com HIV/AIDS um total de 36,1 milhões de pessoas, ao passo que 21,8 milhões já haviam falecido (UNAIDS 2000). Dos 5,3 milhões de novas infecções em 2000, 1 em 10 ocorreu em crianças e quase a metade entre mulheres. Em 16 países da África subsaariana, mais de 10% da população em idade reprodutiva estão hoje infectados pelo HIV. A epidemia de HIV/AIDS diminuiu o ritmo de crescimento econômico e está reduzindo a esperança de vida em até 50% nos países mais afetados. Em muitos países, o HIV/AIDS é hoje considerado uma ameaça à segurança nacional. Não havendo cura nem vacina, a prevenção da transmissão continua sendo a arma principal, ao passo que a atenção e o suporte são o modo de intervenção que se segue para os que têm HIV.

As conseqüências dessa epidemia para a saúde mental são consideráveis. Uma proporção das pessoas sofre conseqüências psicológicas (tanto transtornos como problemas) em virtude dessa infecção. Os efeitos da intensa estigmatização e da discriminação contra pessoas com HIV/AIDS desempenham também importante papel no estresse psicológico. Os transtornos vão da ansiedade ou dos transtornos depressivos aos transtornos de ajustamento (Maj *et al.* 1994a). São também detectados déficits cognitivos quando procurados especificamente (Maj *et al.* 1994b; Starace *et al.* 1998). Ademais, os membros da família também sofrem as conseqüências do estigma e, posteriormente, da morte prematura de seus familiares infectados. Os efeitos psicológicos sobre os membros das famílias desfeitas e sobre as crianças deixadas na orfandade pela AIDS não foram estudados detalhadamente, mas provavelmente serão substanciais.

Essas situações complexas em que uma afecção física traz conseqüências psicossociais no nível do indivíduo, da família e da comunidade exigem uma avaliação de ordem geral a fim de determinar o seu impacto total sobre a saúde mental. Há necessidade de mais pesquisa nessa área.

FATORES FAMILIARES E AMBIENTAIS

Os transtornos mentais estão firmemente enraizados no ambiente social do indivíduo. Diversos fatores sociais influenciam o início, a progressão e o resultado desses transtornos.

No curso da vida, as pessoas passam por uma série de eventos significativos, menores tanto quanto maiores. Eles podem ser desejáveis (como uma promoção no trabalho) ou indesejáveis (por exemplo, luto ou malogro nos negócios). Já se observou que há um acúmulo de eventos vitais imediatamente antes do início dos transtornos mentais (Brown *et al.* 1972; Leff *et al.* 1987). Embora predominem as ocorrências indesejáveis antes do início ou da recaída em transtornos depressivos, uma ocorrência maior de todos os eventos (indesejáveis e desejáveis) precede outros distúrbios mentais. Estudos indicam que todos os eventos significativos na vida atuam como estressores e, quando ocorrem em rápida sucessão, predispõem o indivíduo a transtornos mentais. Esse efeito não se limita a transtornos mentais e já foi demonstrada a sua associação com diversas doenças físicas, como infarto do miocárdio, por exemplo.

Evidentemente, os eventos vitais são apenas um de vários fatores em interação (como, por exemplo, predisposição genética, personalidade e aptidões para enfrentar a vida) na causação de transtornos.

A relevância da pesquisa sobre eventos vitais está principalmente na identificação de pessoas em maior risco por terem passado por eventos vitais maiores em rápida sucessão (por exemplo, perda de emprego, perda de cônjuge, mudança de residência). Inicialmente, observou-se esse efeito na depressão e na esquizofrenia, mas posteriormente veio a se descobrir uma associação entre eventos vitais e diversos outros transtornos e afecções mentais e comportamentais. Destaca-se entre eles o suicídio.

O ambiente social e emocional dentro da família também desempenha um papel nos transtornos mentais. Embora se venham fazendo há muito tempo tentativas de ligar transtornos mentais graves como esquizofrenia e depressão com o ambiente familiar (Kuipers e Bebbington 1990), têm-se registrado alguns progressos definitivos nos últimos anos. O ambiente social e emocional dentro da família foi claramente correlacionado com recaídas na esquizofrenia, mas não necessariamente com a sua manifestação inicial. A observação inicial era a de que os pacientes com esquizofrenia que voltavam a viver com os pais após um período de hospitalização sofriam recidivas mais freqüentes. Isso deu ensejo a pesquisas sobre a causa desse fenômeno. A maioria dos estudos usou o conceito de “emoções expressas” de membros da família para com a pessoa com esquizofrenia. As emoções expressas nesses estudos incluíram comentários críticos, envolvimento e calor emocional excessivo.

Grande número de estudos de todas as regiões do mundo demonstrou que a emocionalidade expressa pode pressagiar a progressão da esquizofrenia, inclusive as recorrências (Butzlaff e Hooley 1998). Há também indicações de que a mudança do clima emocional dentro das famílias pode ter efeito adicional na prevenção de recaídas com utilização de medicamentos antipsicóticos. Esses achados são úteis para a melhoria da atenção de determinados pacientes dentro do seu ambiente familiar e recordam também a importância dos fatores sociais no curso e no tratamento de transtornos mentais graves, como a esquizofrenia.

CAPÍTULO 3

A Resolução de Problemas de Saúde Mental

No último meio século, o modelo de atenção em saúde mental mudou da institucionalização de indivíduos portadores de transtornos mentais para um enfoque baseado na atenção comunitária, apoiada na disponibilidade de leitos para casos agudos em hospitais gerais. Essa mudança baseia-se tanto no respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais como no uso de intervenções e técnicas atualizadas. É fundamental um diagnóstico objetivo correto, bem como a escolha do tratamento apropriado. O tratamento apropriado de transtornos mentais e comportamentais implica o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de uma forma clinicamente significativa e integrada. O manejo de condições específicas consiste em intervenções nas áreas de prevenção, tratamento e reabilitação.

3

A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

UM PARADIGMA EM MUDANÇA

A atenção a pessoas com transtornos mentais e comportamentais sempre refletiu os valores sociais predominantes com relação à percepção social dessas doenças. Ao longo dos séculos, os portadores de transtornos mentais e comportamentais foram tratados de diferentes maneiras (ver Caixa 3.1). Foi-lhes atribuído um *status* elevado em sociedades que acreditavam serem eles intermediários junto aos deuses e aos mortos. Na Europa medieval, eles eram surrados e queimados na fogueira. Eram trancados em grandes instituições. Eram explorados como objetos científicos. E também receberam atenção e foram integrados nas comunidades a que pertencem.

Na Europa, o século XIX foi testemunha de tendências divergentes. Por um lado, consideravam-se as doenças mentais como tema legítimo para a investigação científica: a psiquiatria prosperou como um ramo da medicina e as pessoas com transtornos mentais eram consideradas pacientes da medicina. Por outro lado, os portadores de distúrbios mentais, como os de muitas outras doenças e formas indesejáveis de comportamento social, eram isolados da sociedade em grandes instituições de tipo carcerário, os hospitais estatais para doentes mentais, outrora conhecidos como asilos de loucos. Essas tendências vieram a ser exportadas para a África, as Américas e a Ásia.

Durante a segunda metade do século XX, ocorreu uma mudança no paradigma da atenção em saúde mental, devido em grande parte a três fatores independentes:

- A psicofarmacologia fez progressos significativos, com o descobrimento de novas classes de drogas, particularmente neurolépticos e antidepressivos, bem como se desenvolveram novas modalidades de intervenção psicossocial.
- O movimento em favor dos direitos humanos converteu-se num fenômeno verdadeiramente internacional, sob a égide da recém-criada Organização das Nações Unidas, e a democracia avançou em todo o globo, embora a diferentes velocidades em diferentes lugares (Merkl 1993).
- Foram firmemente incorporados componentes sociais e mentais na definição de saúde (ver Capítulo 1) da recentemente estabelecida OMS em 1948.

Essas ocorrências técnicas e sociopolíticas contribuíram para uma mudança de ênfase, da atenção em grandes instituições carcerárias, que com o tempo se haviam tornado repressivas e regressivas, para uma atenção mais aberta e flexível na comunidade.

As falhas dos manicômios são evidenciadas por repetidos casos de maus-tratos aos pacientes, isolamento geográfico e profissional das instituições e seu pessoal, procedimentos deficientes de notificação e prestação de contas, má administração, gestão ineficiente, má aplicação de recursos financeiros, falta de treinamento de pessoal e procedimentos

inadequados de inspeção e controle de qualidade. Ademais, as condições de vida nos hospitais psiquiátricos em todo o mundo são deficientes, resultando em violações dos direitos humanos e em cronicidade. No que se refere a padrões absolutos, poder-se-ia argumentar que as condições nos hospitais dos países desenvolvidos são melhores do que os padrões de vida em muitos países em desenvolvimento. Em termos, porém, de padrões relativos—comparando os padrões hospitalares com os padrões da comunidade geral em determinado país—pode-se dizer justificadamente que as condições em todos os hospitais psiquiátricos são deficientes. Já foram documentados alguns exemplos de abuso dos direitos humanos em hospitais psiquiátricos (Caixa 3.2).

A atenção na comunidade, ao contrário, está empenhada na emancipação de pessoas com transtornos mentais e comportamentais. Na prática, atenção comunitária implica o desenvolvimento de ampla variedade de serviços em contextos locais. Esse processo, que ainda não se iniciou em muitas regiões e países, tem em vista garantir que certas funções protetoras dos asilos sejam proporcionadas integralmente na comunidade e que os aspectos negativos das instituições não sejam perpetuados. A atenção na comunidade como abordagem vem a ser:

- serviços que estão próximos ao lar, incluindo o hospital geral para admissão de casos agudos e dependências residenciais de longo prazo na comunidade;
- intervenções relacionadas tanto com as incapacidades como com os sintomas;
- tratamento e atenção específicos para o diagnóstico e as necessidades de cada pessoa;
- uma ampla gama de serviços que atendem às necessidades das pessoas com transtornos mentais e comportamentais;
- serviços que são coordenados entre profissionais de saúde mental e organismos da comunidade;
- serviços mais ambulatoriais do que fixos, inclusive os que podem oferecer tratamento em casa;
- parceria com os provedores de atenção e atendimento das suas necessidades;
- legislação em apoio dos aspectos da atenção mencionados.

A acumulação de indícios das deficiências do hospital psiquiátrico, combinada com o aparecimento do “institucionalismo”—a manifestação de incapacidades em consequência do isolamento e da atenção institucional em asilos distantes—levou ao movimento pela desinstitucionalização. Embora seja uma parte importante da reforma da saúde mental, desinstitucionalização não é sinônimo de desospitalização. Desinstitucionalização é um processo complexo que leva à implementação de uma sólida rede de alternativas comunitárias. Fechar hospitais mentais sem alternativas comunitárias é tão perigoso como criar alternativas comunitárias sem fechar hospitais psiquiátricos. É preciso que as duas coisas ocorram ao mesmo tempo, de uma forma bem coordenada e paulatina. Um processo de desinstitucionalização bem fundamentado tem três componentes essenciais:

- prevenção de admissões errôneas em hospitais psiquiátricos mediante a provisão de serviços comunitários;
- alta para a comunidade de pacientes internados há longo tempo em instituições e que tenham recebido preparação adequada;
- estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio na comunidade para pacientes não institucionalizados.

Caixa 3.1 Atenção em saúde mental: então ou agora?

As três declarações que se seguem dão claros vislumbres das atitudes e políticas com vistas às mudanças por que passou o tratamento dos doentes mentais nos últimos 150 anos.

“Já se vão 16 anos desde que o uso de restrição mecânica [de pacientes mentais]—camisa-de-força, mordaça, grilheta, algema, cadeira restritiva ou outros—foi abolido. Em toda parte onde foi feita a tentativa, esta foi decididamente bem-sucedida [...] Não pode haver falácia maior do que considerar o uso moderado de restrições condizente com o plano geral de tratamento completo, não objetável e humano em todo os demais aspectos. [A sua] abolição deve ser absoluta; do contrário, [esse uso] não pode ser eficiente.”

1856. John Conolly (1794-1866). Médico inglês, diretor do Asilo para Alienados de Hanwell. Em *The treatment of the insane without restraint*. Londres, Smith, Elder & Co.

“Quando se organizou o Comitê Nacional, a principal preocupação era humanizar a atenção aos alienados: erradicar os abusos, brutalidades e o abandono tradicionalmente impostos aos doentes mentais; concentrar a atenção do público na necessidade de reforma; transformar os “asilos” em hospitais; ampliar as facilidades de tratamento e elevar os padrões de atenção; obter para os doentes mentais o mesmo alto padrão de atenção médica geralmente aplicado aos fisicamente doentes.”

1908. Clifford Beers (1873-1943). Fundador nos EUA do movimento internacional da higiene mental, ele mesmo muitas vezes admitido em hospitais para doentes mentais. Em *A mind that found itself: an autobiography*. Nova York, Longmans Green.

“Levantamo-nos contra o direito dado a certos homens, estreitos de mente ou não, de realizar suas investigações nos domínios da mente mediante sentenças de prisão perpétua. E que prisão! Sabemos—de fato não sabemos—que os asilos, longe de serem lugares de asilo, são cárceres atemorizantes onde os detentos formam uma força de trabalho barata e conveniente; onde o abuso é de regra; tudo isso tolerado pelos senhores. O hospital mental, sob a proteção da ciência e da justiça, pode-se comparar a casernas, penitenciárias, colônias penais.”

1935. Antonin Artaud (1896-1948). Poeta, ator e dramaturgo francês que passou muitos anos em hospitais psiquiátricos. Em *Open letter to medical directors of madhouses*. Paris, *La Révolution Socialiste*, No. 3

A desinstitucionalização não tem constituído um êxito sem reservas, e a atenção comunitária ainda enfrenta muitos problemas operacionais. Entre as razões da falta de melhores resultados estão o fato de que os governos não consignaram à atenção na comunidade os recursos poupados com o fechamento de hospitais; não houve adequada preparação de profissionais para aceitar a mudança de seus papéis; e os estigmas imputados aos transtornos mentais continuam fortes, resultando em atitudes negativas do público para com os portadores desses transtornos. Em alguns países, muitas pessoas com transtornos mentais graves são transferidas para prisões ou ficam desabrigadas.

Refletindo a mudança de paradigma do hospital para a comunidade, foram introduzidas mudanças de longo alcance nas políticas de vários países. Por exemplo, a Lei 180, promulgada na Itália em 1978, fechando todos os hospitais para doentes mentais, formalizou e acelerou a tendência preexistente na atenção dos mentalmente enfermos. As disposições principais da lei italiana prescrevem que não se admitirão novos pacientes aos grandes hospitais estatais e que não deverão ocorrer readmissões. Não se construirão novos hospitais psiquiátricos. As enfermarias psiquiátricas dos hospitais gerais não deverão ter mais de 15 leitos e deverão filiar-se obrigatoriamente a centros comunitários de saúde mental. Serviços baseados na comunidade com pessoal de saúde mental são responsáveis por determinada área de captação. A Lei 180 teve impacto que vai muito além da jurisdição italiana.

Caixa 3.2 Abuso dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos

Comissões de Direitos Humanos encontraram condições “estranhadoras e inaceitáveis quando visitaram vários hospitais psiquiátricos na América Central¹ e na Índia² durante os últimos cinco anos. Encontram-se condições semelhantes em muitos outros hospitais psiquiátricos de outras regiões, em países tanto industrializados como em desenvolvimento. Elas incluem condições de vida abjetas, vasos sanitários entupidos, assoalhos carcomidos e portas e janelas quebradas. A maioria dos pacientes visitados ficava de pijamas ou nua. Alguns eram confinados em pequenas áreas de enfermarias residenciais onde podiam sentar-se, andar ou deitar-se no chão de concreto o dia inteiro. Crianças eram deixadas em esteiras no chão, algumas cobertas de urina e fezes. Era comum o emprego indevido de restrição física: observaram-se muitos pacientes amarrados aos leitos.

Pelo menos um terço dos indivíduos eram pacientes com epilepsia ou retardo mental, para os quais a institucionalização psiquiátrica é desnecessária e não traz benefícios. Eles poderiam perfeitamente voltar a viver na comunidade, se fosse possível dar-lhes medicação apropriada e toda uma série de serviços e sistemas de apoio de base comunitária.

Muitos hospitais conservavam a estrutura carcerária de quando haviam sido construídos nos tempos coloniais. Os pacientes eram chamados *detentos* e ficavam na maior parte do dia aos cuidados de *carcereiros*, cujos supervisores eram chamados *capatazes*, enquanto que as enfermarias eram chamadas de *cercados*. Usavam-se quartos para isolamento na maioria dos hospitais.

Em mais de 80% dos hospitais visitados, não se faziam exames rotineiros de sangue e urina. Pelo menos um terço dos indivíduos não tinham diagnóstico psiquiátrico para justificar sua presença ali. Na maioria dos hospitais, o registro em prontuários era extremamente inadequado. Havia enfermeiros psiquiátricos treinados em menos de 25% dos hospitais, e menos da metade destes contava com psicólogos clínicos ou assistentes sociais psiquiátricos.

¹ Levav I, Gonzales VR (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 86-86.

² National Human Rights Commission (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi, National Human Rights Commission of India.

Em muitos países europeus, o modelo dominante na organização da atenção psiquiátrica geral tem sido a criação de áreas geograficamente definidas, denominadas *setores*. Esse conceito foi desenvolvido na França em meados do século XX e, a partir da década de 1960, o princípio da organização baseada em setores propagou-se para quase todos os países da Europa ocidental, variando o tamanho dos setores de 25.000 a 30.000 habitantes. O conceito de distrito sanitário da estratégia de atenção primária de saúde tem muitos aspectos em comum com o enfoque dos setores.

Em muitos países em desenvolvimento, os programas de atenção a indivíduos com problemas mentais e de comportamento têm baixa prioridade. A provisão de atenção limita-se a pequeno número de instituições—geralmente congestionadas, com pessoal insuficiente e ineficiente—e os serviços refletem pouca compreensão das necessidades dos doentes ou da variedade de enfoques disponíveis para tratamento e atenção.

Caixa 3.3 A Declaração de Caracas¹

Os legisladores, associações, autoridades sanitárias, profissionais de saúde mental e juristas reunidos na Conferência Regional sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina dentro do Modelo de Sistemas Locais de Saúde (...)

DECLARAM

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica com base na Atenção Primária de Saúde e no contexto do Modelo de Sistemas Locais de Saúde permitirá a promoção de modelos alternativos de serviço que sejam baseados na comunidade e integrados nas redes sociais e de atenção de saúde.
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na Região implica uma revisão crítica do papel predominante e centralizador desempenhado pelos hospitais psiquiátricos na prestação de serviços de saúde mental.
3. Que os recursos, a atenção e o tratamento disponíveis devem:
 - (a) salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - (b) basear-se em critérios que sejam racionais e tecnicamente apropriados; e

- (c) empenhar-se em assegurar que os pacientes permaneçam em suas comunidades.
4. A legislação nacional deve ser reformulada para que:
- (a) os direitos humanos e civis dos pacientes mentais sejam protegidos; e
 - (b) a organização de serviços de saúde mental comunitários garanta a observância desses direitos.
5. Que a formação em saúde mental e psiquiatria deve usar um modelo de serviço que seja baseado no centro de saúde comunitário e estimule a admissão psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios que estão na base do movimento de reestruturação.
6. Que as organizações, associações e outros participantes nesta Conferência comprometem-se pela presente a defender e desenvolver no nível de país programas que promovam a reestruturação desejada, e ao mesmo tempo se empenham em monitorizar e defender os direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com a legislação nacional e tratados internacionais.
- Para tanto, conclamam os Ministérios da Saúde e da Justiça, os Parlamentos, a Previdência Social e outras instituições provedoras de atenção, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outras instituições de formação, bem com os veículos de mídia, a apoiar a reestruturação da atenção psiquiátrica, garantindo assim o seu desenvolvimento bem-sucedido para benefício da população da Região.

¹ Extraído do texto adotado em 14 de novembro de 1990 pela Conferência Regional sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, reunida em Caracas, Venezuela, por convocação da Organização Pan-Americana da Saúde/Escritório Regional da OMS para as Américas. *International Digest of Health Legislation*, 1991, 42(2): 336-338.

Na maioria dos países em desenvolvimento, não existe atenção psiquiátrica para a maior parte da população: os únicos serviços disponíveis são os de hospitais para doentes mentais. Como esses hospitais psiquiátricos geralmente são centralizados e de acesso difícil, as pessoas só os procuram como últimos recurso. Os hospitais são de grande tamanho, construídos com vistas mais ao funcionamento econômico do que ao tratamento. De certa maneira, o próprio asilo se converte numa comunidade, com muito pouco contato com a sociedade em geral. Os hospitais operam à sombra de leis que são mais penais do que terapêuticas. Em muitos países, leis que já têm mais de 40 anos erguem barreiras à admissão e alta. Ademais, a maioria dos países em desenvolvimento não conta com programas de treinamento adequados no nível nacional para preparar psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos, psicólogos clínicos, assistentes sociais psiquiátricos e terapeutas ocupacionais. Como existem poucos profissionais especializados, a comunidade vai procurar os curandeiros tradicionais disponíveis (Saeed *et al.* 2000).

Um resultado desses fatores é a imagem institucional negativa de pessoas com transtornos mentais, que reforça o estigma de quem sofre distúrbios mentais ou de comportamento. Ainda hoje, essas instituições não estão acompanhando o que vem ocorrendo no tocante aos direitos humanos das pessoas com distúrbios mentais.

Alguns países em desenvolvimento, particularmente na Região do Pacífico Oriental, procuraram formular planos nacionais de serviços de saúde mental, preparar recursos humanos e integrar a saúde mental na atenção geral de saúde, de acordo com as recomendações de um comitê de peritos da OMS em 1974 (OMS 1975; Mohit 1999).

Em 1991, a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou os princípios para a proteção das pessoas com doenças mentais e o melhoramento da atenção de saúde, dando realce à atenção na comunidade e aos direitos das pessoas com transtornos mentais (Nações Unidas 1991). Reconhece-se hoje que podem ser perpetradas violações dos direitos humanos tanto pelo descaso para com o paciente em virtude de discriminação, incúria e falta de acesso aos serviços, como por intervenções invasivas, restritivas e regressivas.

Em 1990, a OMS/OPAS lançou uma iniciativa para reestruturação da atenção psiquiátrica na Região das Américas, da qual resultou a Declaração de Caracas (Caixa 3.3). A declaração pede o desenvolvimento da atenção psiquiátrica estreitamente vinculada à atenção primária de saúde e no contexto dos sistemas de saúde locais. As ocorrências acima

contribuíram para estimular a organização da atenção em saúde mental nos países em desenvolvimento.

Nos países do mundo em desenvolvimento onde foram iniciados serviços organizados de saúde mental nos últimos anos, tais serviços geralmente fazem parte da atenção primária de saúde. Em um nível, pode-se ver nisso uma necessidade, face à escassez de profissionais treinados e de recursos para prestar serviços especializados. Noutra nível, isso reflete a oportunidade de organizar os serviços de saúde mental de uma forma capaz de evitar o isolamento, a estigmatização e a discriminação. O enfoque baseado na utilização de todos os recursos disponíveis na comunidade tem o atrativo de emancipar o indivíduo, a família e a comunidade para incluir a saúde mental na agenda do público, e não na dos profissionais. Atualmente, porém, a saúde mental nos países em desenvolvimento não está recebendo a atenção de que necessita. Mesmo em países onde foi demonstrado em programas piloto o valor da integração da atenção em saúde mental na atenção primária (por exemplo, na África do Sul, Brasil, China, Colômbia, Filipinas, Índia, Paquistão, República Islâmica do Irã, Senegal e Sudão), esse enfoque não foi ampliado para cobrir todo o país.

Não obstante as significativas diferenças entre a atenção em saúde mental nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos, todos eles têm um problema comum: a má utilização dos serviços psiquiátricos disponíveis. Mesmo em países com serviços bem estabelecidos, menos da metade dos indivíduos que necessitam de atenção faz uso dos serviços disponíveis. Isso se deve tanto ao estigma ligado aos indivíduos com transtornos mentais e comportamentais como à insuficiência dos serviços prestados (ver Tabela 3.1).

O problema da estigmatização foi destacado no Relatório do Diretor Geral de Saúde dos Estados Unidos de 1999 (GHHS 1999). O relatório observa que “não obstante a eficácia das opções de tratamento e as muitas maneiras possíveis de obter um tratamento de eleição, quase a metade de todos os americanos que têm doenças mentais graves não procura tratamento. Na maioria dos casos, a relutância em buscar tratamento é lamentável resultado de barreiras muito reais. Destaca-se entre estas o estigma que muitos em nossa sociedade atribuem à doença mental e às pessoas que têm doenças mentais.”

Tabela 3.1 Utilização de serviços profissionais para problemas mentais, Austrália, 1997

Consultas devidas a problemas mentais	Sem distúrbio %	Qualquer distúrbio %	>3 distúrbios %
Somente clínico geral ^a	2,2	13,2	18,1
Somente profissional de saúde mental ^b	0,5	2,4	3,9
Somente outro profissional de saúde ^c	1,0	4,0	5,7
Combinação de profissionais de saúde	1,0	15,0	36,4
Qualquer profissional de saúde ^d	4,6	34,6	64,0

^a Refere-se a pessoas que tiveram pelo menos uma consulta com clínico geral nos últimos 12 meses mas não consultaram qualquer outro tipo de profissional de saúde.

^b Refere-se pessoas que tenham tido pelo menos uma consulta com profissional de saúde mental (psiquiatra/psicólogo/equipe de saúde mental) nos últimos 12 meses mas não consultaram qualquer outro tipo de profissional de saúde.

^c Refere-se a pessoas que tenham tido pelo menos uma consulta com outro profissional de saúde (enfermeiro/médico especialista não psiquiátrico/farmacêutico/atendente de ambulância/assistente social ou conselheiro) nos últimos 12 meses mas não consultaram qualquer outro tipo de profissional de saúde.

^d Refere-se a pessoas que tenham tido pelo menos uma consulta com qualquer profissional de saúde nos últimos 12 meses.

Fonte: Andrews G *et al.* (2000). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178: 145-153.

Em resumo, o último meio século foi testemunha de uma evolução na atenção, passando a um paradigma de atenção na comunidade. Isso se baseia em dois esteios principais: primeiro, o respeito aos direitos humanos dos indivíduos com transtornos mentais; e segundo, o uso de intervenções e técnicas atualizadas. Na melhor das hipóteses, isso se traduziu num processo responsável de desinstitucionalização, apoiado por trabalhadores em saúde, usuários, familiares e outros grupos progressistas da comunidade.

PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO

A idéia de atenção em saúde mental baseada na comunidade constitui mais um enfoque global do que uma solução organizacional. Atenção baseada na comunidade significa que a grande maioria dos pacientes que necessitam de atenção em saúde mental deve ter a possibilidade de ser tratada no nível comunitário. A atenção em saúde mental deve ser não somente local e acessível, como também estar em condições de atender às múltiplas necessidades dos indivíduos. Em última análise, ela deve visar a emancipação e usar técnicas de tratamento eficientes, que permitam às pessoas com distúrbios mentais aumentar suas aptidões de autocuidado, incorporando o ambiente social informal da família bem como mecanismos de apoio formais. A atenção baseada na comunidade (ao contrário da atenção baseada em hospital) pode identificar recursos e criar alianças saudáveis que, noutras circunstâncias, ficariam ocultas e inativas.

O uso desses recursos ocultos pode evitar a ocorrência de situações em que pacientes que recebem alta são abandonados pelos serviços de saúde, aos cuidados de suas famílias despreparadas (com as conhecidas conseqüências psicossociais negativas e uma carga para ambos). Ela permite um manejo bastante efetivo da carga social e familiar, tradicionalmente aliviada pela atenção institucional. Esse tipo de serviço está ganhando voga em alguns países europeus, em alguns estados dos Estados Unidos, na Austrália, no Canadá e na China. Alguns países da América Latina, África, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Oriental introduziram serviços inovadores (OMS 1997b).

A boa atenção, não importa como e onde seja aplicada, flui a partir de princípios orientadores básicos, alguns dos quais são particularmente relevantes para a atenção em saúde mental. São eles: diagnóstico, intervenção precoce, participação do usuário, parceria com a família, envolvimento da comunidade local e integração na atenção primária de saúde.

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO

Um diagnóstico objetivo correto é fundamental para o planejamento da atenção individual e para a escolha do tratamento apropriado. Os transtornos mentais e comportamentais podem ser diagnosticados com alto nível de acuidade. Como diferentes tratamentos são indicados para diferentes doenças, o diagnóstico é importante ponto de partida para qualquer intervenção.

O diagnóstico pode ser feito em termos nosológicos (isto é, de acordo com uma classificação e nomenclatura internacional de doenças e distúrbios), no que se refere ao tipo e ao nível de incapacidade sofrido pela pessoa, ou, de preferência, em termos de ambas as coisas.

A intervenção precoce é fundamental no bloqueio do progresso rumo a uma doença plenamente instalada, no controle dos sintomas e na melhoria dos resultados. Quanto mais depressa for instituído um curso de tratamento, melhor será a prognose. A importância da intervenção precoce é posta em evidência pelos seguintes exemplos:

- Na esquizofrenia, a duração da psicose não tratada vem tendo a sua importância confirmada. As demoras no tratamento têm probabilidade de acarretar resultados piores (McGony 2000; Thara *et al.* 1994).
- Triagens e intervenções breves para os em alto risco de apresentar problemas relacionados com o álcool são efetivas na redução do consumo de álcool e dos males a ele associados (Wilk *et al.* 1997).

O tratamento apropriado dos distúrbios mentais implica o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de uma forma clinicamente significativa, equilibrada e bem integrada. Devido à extrema importância dos ingredientes da atenção, eles são examinados mais detalhadamente mais adiante neste capítulo.

CONTINUIDADE DA ATENÇÃO

Certos transtornos mentais e comportamentais têm uma evolução crônica, embora com períodos de remissão e recorrências que podem imitar transtornos agudos. Não obstante, no que se refere ao controle, eles são semelhantes às doenças físicas crônicas. Assim, o modelo da atenção crônica é mais apropriado no seu caso do que o geralmente usado para doenças transmissíveis agudas. Isso tem particulares repercussões no tocante ao acesso aos serviços, à disponibilidade de pessoal e aos custos para os pacientes e as famílias.

As necessidades dos pacientes e suas famílias são complexas e mutáveis, e a continuidade da atenção é importante. Isso requer mudanças na forma pela qual a atenção é organizada atualmente. Algumas das medidas para assegurar a continuidade da atenção compreendem:

- clínicas especiais para grupos de pacientes com os mesmos diagnósticos ou problemas;
- conferir aptidões de atenção aos provedores de cuidado;
- provisão de atenção aos pacientes e suas famílias pela mesma equipe de tratamento;
- educação em grupo de pacientes e suas famílias;
- descentralização dos serviços ;
- integração da atenção na atenção primária de saúde.

AMPLA GAMA DE SERVIÇOS

As necessidades das pessoas com doenças mentais e de suas famílias são múltiplas, variadas e diferem em diferentes fases da doença. Requer-se uma ampla variedade de serviços para proporcionar atenção abrangente a algumas das pessoas que têm doenças mentais. Os que se recuperam da doença necessitam de ajuda para readquirir suas aptidões e retomar seus papéis na sociedade. Os que se recuperam apenas parcialmente precisam de assistência para competir numa sociedade aberta. Alguns pacientes que se submeteram a tratamento menos do que ótimo, especialmente nos países em desenvolvimento, podem mesmo assim beneficiar-se dos programas de reabilitação. Esses serviços podem fornecer medicamentos ou proporcionar serviços especiais de reabilitação, moradia, assistência jurídica ou outras formas de apoio socioeconômico. A presença de pessoal especializado—enfermeiros, psicólogos clínicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e voluntários—já demonstrou o seu valor como elemento intrínseco em equipes flexíveis de atenção. As equipes multidisciplinares são particularmente relevantes no manejo de transtornos mentais, dadas as complexas necessidades dos pacientes e suas famílias em diferentes etapas no curso da sua doença.

Caixa 3.4 O papel dos usuários na atenção em saúde mental

As pessoas que utilizam serviços de saúde mental são tradicionalmente encaradas dentro do sistema como recebedores passivos, incapazes de expressar suas próprias necessidades e desejos, e sujeitas a formas de atenção ou tratamento sobre as quais coube a outros a formulação e a decisão. Nos últimos 30 anos, contudo, eles começaram, como usuários, a expressar sua própria visão dos serviços de que necessitam e querem.

Entre os temas mais fortes que vieram à tona encontram-se: o direito de autodeterminação; a necessidade de informação sobre medicação e outras formas de tratamento; a necessidade de serviços para facilitar a participação ativa da comunidade; o fim do estigma e da discriminação; o aperfeiçoamento das leis e das atitudes do público, removendo obstáculos à integração na comunidade; a necessidade de serviços alternativos operados pelos usuários; melhores direitos legais e proteção legal dos direitos existentes; e o fim do confinamento de pessoas em grandes instituições, muitas vezes pelo resto da vida.

Variam entre os usuários e suas organizações as opiniões sobre qual seria a melhor maneira de atingir suas metas. Alguns grupos querem uma cooperação e uma colaboração ativas com os profissionais de saúde mental, enquanto outros querem completa separação deles. Há também grandes diferenças sobre quanto deve ser estreita a cooperação, se houver, com organizações que representam membros das famílias dos pacientes.

É evidente que as organizações de usuários de todo o mundo querem que as suas vozes sejam ouvidas e consideradas na tomada de decisões sobre as suas vidas. As pessoas diagnosticadas com doenças mentais têm o direito de se fazerem ouvir nas discussões sobre políticas e práticas de saúde mental que envolvem profissionais, familiares, legisladores e líderes de opinião. Por trás das etiquetas e dos diagnósticos encontram-se pessoas reais que, não importa o que possam pensar outras pessoas, têm idéias, pensamentos, opiniões e ambições. Aqueles que foram diagnosticados com doenças mentais não são diferentes das outras pessoas e querem as mesmas coisas básicas da vida: renda adequada; lugar decente para morar; oportunidades educacionais; treinamento para o emprego levando a colocações reais e significativas; participação nas vidas de suas comunidades; amizades e relações sociais; e relações pessoais amorosas.

Colaboração de Judi Chamberlin (MadPride@aol.com), National Empowerment Center, Lawrence, MA, EUA (<http://www.power2u.org>).

PARCERIAS COM PACIENTES E FAMÍLIAS

A projeção dos movimentos de usuários em diversos países mudou a forma pela qual são consideradas as opiniões dos interessados. Essas organizações de usuários geralmente são compostas de pessoas com transtornos mentais e suas famílias. Em muitos países, os movimentos de usuários cresceram paralelamente aos grupos de pressão tradicionais em favor da saúde mental, como os movimentos familiares. O movimento de usuários baseia-se na crença no exercício individual de escolha pelo paciente no que se refere ao tratamento e a outras decisões (ver Caixa 3.4).

O melhor exemplo de movimento de usuários será provavelmente o Alcoólatras Anônimos, que se popularizou ao redor do mundo e logrou taxas de recuperação comparáveis às obtidas com atenção psiquiátrica formal. A disponibilidade de tratamento com ajuda de computadores e o apoio em linha de ex-pacientes abriram novas maneiras de obter atenção. Os pacientes com transtornos mentais podem ser muito bem-sucedidos na ajuda a si mesmos, e o apoio de iguais tem-se mostrado importante em várias condições para recuperação e reintegração na sociedade.

O movimento de usuários influenciou consideravelmente a política de saúde mental em numerosos países. De modo particular, incrementou o emprego de pessoas com transtornos no sistema tradicional de atenção em saúde mental, bem como em outros organismos de assistência social. Por exemplo, no Ministério da Saúde da Província de Colúmbia Britânica, Canadá, foi recentemente nomeada para o cargo de Diretor de Atenção Alternativa uma pessoa com transtorno mental, que se coloca assim numa posição forte para influenciar a política e os serviços de saúde mental.

A pressão exercida pelos usuários voltou-se para o tratamento involuntário, a atenção auto-administrada, o papel dos usuários na pesquisa, a prestação de serviços e o acesso à atenção. Os programas operados por usuários incluem centros de captação abertos, programas de manejo de casos, programas de extensão e serviços durante crises.

O papel positivo das famílias nos programas de atenção em saúde mental foi reconhecido há relativamente pouco tempo. A visão anterior da família como fator causal não é válida. O papel das famílias estende-se agora para além da atenção do dia a dia, chegando à ação organizada em favor dos doentes mentais. Essa ação teve papel predominante na mudança da legislação sobre saúde mental em alguns países, bem como, em outros, na melhoria dos serviços e no desenvolvimento de redes de apoio.

Há consideráveis indícios a demonstrar os benefícios da participação da família no tratamento e controle de esquizofrenia, retardo mental, depressão, dependência do álcool e distúrbios de comportamento na infância. O papel da família no tratamento de outras afecções ainda está por ser firmemente estabelecido por meio de novas experiências controladas. Há indicações de que o resultado para pacientes que vivem com suas famílias é melhor do que o observado naqueles que vivem em instituições. Muitos estudos internacionais, contudo, estabeleceram forte relacionamento entre atitudes de alta “emoção expressa” entre parentes e um índice mais alto de recorrência para pacientes que vivem em companhia deles. Mudando-se o clima emocional no lar, é possível reduzir a taxa de recorrência (Leff e Gamble 1995; Dixon *et al.* 2000).

O trabalho com as famílias para reduzir as recidivas sempre foi considerado como um complemento da medicação de manutenção, e não como sua substituta. De fato, já se demonstrou que a terapia familiar, quando acrescentada à medicação antipsicótica, é mais eficaz do que a medicação pura e simples na prevenção de recorrência na esquizofrenia. Uma meta-análise da Cochrane Collaboration (Pharaoh *et al.* 2000) mostrou uma redução média à metade nas taxas de recorrência tanto em um como em dois anos. Resta saber, porém, se as equipes clínicas comuns podem reproduzir os excepcionais resultados dos grupos pioneiros de pesquisas que realizaram seu trabalho principalmente em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, a família geralmente fica envolvida no tratamento do paciente psiquiátrico individual, quer por curandeiros tradicionais, quer por serviços biomédicos.

Local e nacionalmente, a formação de redes familiares criou parcerias entre provedores de atenção e profissionais (Caixa 3.5). Além de proporcionar apoio mútuo, muitas redes se converteram em defensoras, educando o público em geral, aumentando o apoio da parte dos formuladores de políticas e combatendo o estigma e a discriminação.

Caixa 3.5 Parcerias com as famílias

Os trabalhadores em saúde mental, as famílias de pessoas com doenças mentais e as organizações de apoio familiar têm muito que aprender uns dos outros. Mediante contatos regulares, o pessoal de saúde pode aprender das famílias quais conhecimentos, atitudes e aptidões são necessários para permitir que trabalhem juntos de uma forma efetiva. Eles se inteiram também de problemas tais como a limitação dos recursos, cargas de trabalho enormes e treinamento insuficiente, que impede os médicos e os serviços clínicos de prestar serviços eficientes. Nesses casos, pode-se considerar que a defesa da causa por uma organização familiar tem maior valor do que o “interesse adquirido” do trabalhador profissional.

Quando ocorre uma doença mental, os trabalhadores profissionais se beneficiam da formação, ainda no início, de uma parceria com a família. Através desses cometimentos conjuntos, podem-se discutir informações sobre uma ampla gama de questões relacionadas com a doença, explorar as reações familiares e formular um plano de tratamento. As famílias, por sua vez, beneficiam-se da aprendizagem de um processo de resolução de problemas a fim de manejar mais efetivamente a doença.

Descrevem-se resumidamente abaixo duas associações de apoio familiar que têm logrado considerável êxito no

atendimento das necessidades dos respectivos representados e no estabelecimento de vínculos com profissionais.

A *Alzheimer's Disease International (ADI)* é uma organização de cúpula de 57 associações nacionais para a doença de Alzheimer em todo o mundo. O seu objetivo é apoiar a formação e o aumento da efetividade das associações Alzheimer nacionais existentes e novas mediante atividades tais como o Dia Mundial de Alzheimer, uma conferência anual e a Universidade de Alzheimer (uma série de seminários que focalizam problemas básicos de organização). Ademais, através da sua posição na Internet (<http://www.alz.co.uk>), a *ADI* proporciona informações, planilhas de dados, brochuras e boletins noticiosos.

As associações Alzheimer nacionais dedicam-se ao apoio a pessoas em cujas famílias ocorre demência. Elas proporcionam não só informação como também ajuda prática e emocional, na forma, por exemplo, de linhas telefônicas de aconselhamento, grupos de apoio e atenção nas folgas dos cuidadores. Ademais, oferecem treinamento aos provedores de atenção e profissionais e serviços de defesa junto aos governos.

The World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WSF) acentua o fato de que a partilha de conhecimentos—o conhecimento profissional dos trabalhadores em saúde mental e o conhecimento adquirido pelas famílias e pelos usuários mediante experiências de vida—é vital para o desenvolvimento de confiança. Sem confiança, muitas vezes não é possível uma aliança terapêutica efetiva e os clínicos, familiares e usuários podem encontrar-se em conflito uns com os outros.

Uma parceria contínua tem em vista o desenvolvimento da assertividade nos provedores familiares de atenção, para que eles possam resolver os muitos e complicados desafios com que se defrontam, em vez de ter de confiar sempre no apoio de profissionais. Denomina-se esse processo “passagem do cuidado passivo à atenção ativa”. Reforça-o o encaminhamento a organizações de apoio familiar, que os profissionais devem recomendar enfaticamente como parte importante do tratamento a longo prazo e do plano de atenção. Podem-se obter mais informações sobre essa associação por correspondência eletrônica para info@world-schizophrenia.org.

ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE LOCAL

As crenças, atitudes e respostas sociais definem muitos aspectos da atenção em saúde mental. Os portadores de doenças mentais são membros da sociedade e o ambiente social é importante determinante do resultado. Quando é favorável, o ambiente social contribui para a recuperação e reintegração. Quando é negativo, pode reforçar a estigmatização e a discriminação. Entre os esforços para aumentar o envolvimento das comunidades locais contam-se a disseminação de informações corretas sobre transtornos mentais e o uso de recursos da comunidade para iniciativas específicas, tais como voluntários na prevenção do suicídio e colaboração com curandeiros tradicionais. A própria passagem da atenção em instituições para a comunidade pode alterar as atitudes e respostas desta e ajudar as pessoas que têm doenças mentais a viver uma vida melhor.

Estudos feitos em muitos países africanos e asiáticos mostram que cerca de 40% dos clientes de curandeiros tradicionais sofrem doenças mentais (Saeed *et al.* 2000). Isso não diverge muito do quadro revelado por muitos estudos realizados no âmbito da atenção de saúde geral. Assim, o trabalho com curandeiros tradicionais é uma importante iniciativa de saúde mental. Profissionais dão aos curandeiros informações corretas sobre transtornos mentais e comportamentais, estimulando o seu funcionamento como agentes encaminhadores e desincentivando práticas tais como privação de alimentos e castigo. Os profissionais, por sua vez, vêm a compreender as aptidões dos curandeiros no trato de transtornos psicossociais.

Tem cabido a organizações não-governamentais importante papel nos movimentos pela saúde mental ao longo da história. Foi um usuário, Clifford Beers, que criou em 1906 a primeira organização não-governamental bem-sucedida no trato de doenças mentais, precursora da Federação Mundial para a Saúde Mental. As contribuições de organizações desse tipo são inegáveis.

Há numerosos caminhos para trazer mudanças à comunidade. O mais importante dentre eles é o uso dos veículos de comunicação de massa em campanhas educativas orientadas

para o público em geral. Exemplos disso são os dísticos “Vamos derrotar a depressão”, “Mudando idéias—todas as famílias do país” e, no Dia Mundial da Saúde 2001, “Cuidar, sim. Excluir, não”. Campanhas gigantescas de conscientização em países como a Austrália, o Canadá, os Estados Unidos, a Malásia, o Reino Unido e a República Islâmica do Irã modificaram as atitudes da população para com os transtornos mentais. A Associação Mundial de Psiquiatria (AMP) lançou em diversos países um programa para combater o estigma e a discriminação contra os que sofrem de esquizofrenia (Caixa 4.9) O programa usa os veículos de mídia, as escolas e membros das famílias como agentes da mudança.

Embora a discriminação contra os portadores de doenças mentais não seja praticada pela comunidade em muitos países em desenvolvimento, as crenças em feitiçaria, nas forças sobrenaturais, no destino, no desagrado dos deuses, etc. podem interferir na busca de assistência e na adesão ao tratamento. Um dos melhores exemplos de como as comunidades podem transformar-se em provedoras de atenção é encontrado na pequena cidade belga de Gheel, sede do que é sem dúvida ou mais antigo programa comunitário de saúde mental no mundo ocidental. Desde o século XIII, mas com origens talvez ainda no século VIII, as pessoas com doenças mentais graves são acolhidas de braços abertos pela Igreja de Santa Dympha ou por famílias adotivas da cidade, com as quais vivem, freqüentemente por muitas décadas. Hoje, tais famílias em Gheel cuidam de cerca de 550 pacientes, metade dos quais têm empregos em oficinas protegidas.

INTEGRAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Outro princípio importante que desempenha papel crucial na organização da atenção em saúde mental é a integração na atenção primária de saúde. O papel fundamental da atenção primária no sistema de saúde total de qualquer país foi claramente enunciado na Declaração de Alma-Ata. Esse nível básico de atenção funciona como filtro entre a população geral e a atenção de saúde especializada.

Os distúrbios mentais são comuns, e a maioria dos pacientes recebe apenas atenção primária, mas os seus distúrbios muitas vezes não são detectados (Üstün e Sartorius 1995). Ademais, a morbidez psicológica é um aspecto comum das doenças físicas e muitas vezes os profissionais de atenção primária de saúde vêem (mas nem sempre reconhecem) angústia emocional. O treinamento do pessoal de atenção primária e atenção de saúde geral na detecção e tratamento de transtornos mentais e comportamentais comuns é uma importante medida de saúde pública. Esse treinamento pode ser facilitado pela ligação com o pessoal de saúde mental baseado na comunidade local, que quase sempre têm grande interesse em compartilhar a sua perícia.

A qualidade e a quantidade dos serviços de saúde mental especializados necessários dependem dos serviços que são prestados no nível de atenção primária. Noutras palavras, é preciso equilibrar a provisão de serviços entre a atenção na comunidade e a atenção hospitalar.

Os pacientes que recebem alta de enfermarias psiquiátricas (de hospitais gerais ou especializados) podem ter um seguimento efetivo pelos médicos da atenção primária de saúde. Evidentemente, a atenção primária desempenha papel importante nos países onde não existem serviços de saúde mental baseados na comunidade. Em muitos países em desenvolvimento, trabalhadores em atenção primária de saúde bem treinados proporcionam tratamento adequado aos doentes mentais. É interessante observar que a pobreza de um país não significa necessariamente que o tratamento dos doentes mentais será deficiente. Experiências em alguns países africanos, asiáticos e latino-americanos mostram que o treinamento adequado de trabalhadores em atenção primária de saúde no reconhecimento e

manejo precoce de transtornos mentais pode reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental dos usuários.

INGREDIENTES DA ATENÇÃO

O manejo dos transtornos mentais e comportamentais—quicá mais particularmente do que o de outras afecções médicas—pede uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais: medicação (ou farmacoterapia), psicoterapia e reabilitação psicossocial.

O manejo racional dos transtornos mentais e comportamentais requer uma dosagem habilidosa de cada um desses ingredientes. As quantidades necessárias variam em função não somente do diagnóstico geral como também de qualquer comorbidade física e mental, da idade do paciente e do estágio atual da doença. Noutras palavras, o tratamento deve ser dimensionado segundo as necessidades do indivíduo; mas estas mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida do paciente (ver Figura 3.1).

Uma combinação equilibrada de intervenções implica adesão aos seguintes princípios orientadores:

- Cada intervenção tem uma indicação específica, de acordo com o diagnóstico, isto é, deve ser usada em condições clínicas específicas.
- Cada intervenção deve ser usada numa quantidade determinada, isto é, o nível de intervenção deve ser proporcional à gravidade da afecção.
- Cada intervenção deve ter uma duração determinada, isto é, deve durar o tempo exigido pela natureza e pela gravidade da afecção, assim como deve ser suspensa tão logo seja possível.
- Devem-se monitorizar periodicamente a adesão ao tratamento e os resultados esperados de cada intervenção, bem como efeitos adversos, e a pessoa que recebe a intervenção deve ser sempre um parceiro ativo nessa monitorização.

O manejo efetivo dos transtornos mentais e comportamentais inclui uma cuidadosa atenção à observância do tratamento. Há casos em que os distúrbios mentais são afecções crônicas, exigindo por isso regimes de tratamento que se estendem por toda a vida adulta. A adesão a tratamentos de longa duração é mais difícil de obter do que a observância de tratamentos de curso breve. O problema torna-se ainda mais complicado pelo fato de existir uma relação comprovada entre distúrbios mentais ou de comportamento e a falta de observância rigorosa dos regimes de tratamento.

Tem havido pesquisas consideráveis sobre os fatores que melhoram a adesão ao tratamento. São eles:

- uma relação médico/paciente baseada na confiança;
- gasto de tempo e energia na educação do paciente com respeito às metas da terapia e às conseqüências da boa e da má adesão;
- um plano de tratamento negociado;
- envolvimento de familiares e amigos para apoiar o plano terapêutico e sua implementação;
- simplificação do regime de tratamento; e
- redução das conseqüências adversas do regime de tratamento.

Figura 3.1 Necessidades das pessoas com transtornos mentais

Reconhecimento precoce			Evitação de estigma e discriminação
Informação sobre doença e tratamento			Plena participação social
Atenção médica			Direitos humanos
Apoio psicológico			
Hospitalização			
	Médico	Comunitário	
	Reabilitação	Família	
Apoio social			Aptidões para atenção
Educação			Coesão da família
Apoio vocacional			Apoio numa crise
Cuidados diurnos			Apoio financeiro
Atenção de longa duração			Atenção nas folgas
Necessidades espirituais			

No passar dos anos, formou-se um consenso entre os clínicos quanto à efetividade de certas intervenções para o manejo de distúrbios mentais; essas intervenções são descritas adiante. Lamentavelmente, as informações disponíveis sobre efetividade/custo são limitadas. As principais limitações são: primeiro, o caráter crônico de certos transtornos mentais, que requerem seguimento por muito longo tempo para que a informação seja significativa; segundo, os diferentes critérios clínicos e metodológicos utilizados nos poucos estudos feitos sobre a efetividade/custo dessas intervenções; e terceiro, o fato de que a maioria dos estudos disponíveis compara abordagens avançadas no manejo de determinado transtorno, poucas das quais são executáveis em países em desenvolvimento. Por isso, as intervenções descritas adiante foram selecionadas com base na confirmação da sua efetividade—não obstante o fato de que muitas pessoas não têm acesso a elas—e não no critério de efetividade/custo. Incluem-se, porém, quando disponíveis, informações atualizadas sobre a efetividade/custo das intervenções.

FARMACOTERAPIA

A descoberta e o aperfeiçoamento de medicamentos úteis no manejo de transtornos mentais, que ocorreram na segunda metade do século XX, foram reconhecidos em muitos setores como uma revolução na história da psiquiatria.

Existem, basicamente, três classes de drogas psicotrópicas que visam sintomas específicos de transtornos mentais: antipsicóticos para sintomas psicóticos, antidepressivos para depressão, antiepiléticos para epilepsia e ansiolíticos ou tranqüilizantes para ansiedade. Usam-se diferentes tipos para problemas relacionados com drogas e álcool. É importante lembrar que estas drogas medicinais visam sintomas de doenças, e não as próprias doenças ou suas causas. Não se destinam, portanto, a curar as doenças, mas, antes, a reduzir ou controlar os sintomas ou evitar recidivas.

Diante da efetividade da maioria desses medicamentos, que já era evidente antes do uso muito difundido de testes clínicos controlados, a maioria dos estudos econômicos recentes se concentrou não na efetividade/custo da farmacoterapia ativa em contraposição aos placebos ou à ausência total de atenção, mas na efetividade/custo relativa das classes mais novas de medicamentos face a sucedâneos mais velhos. Isso se aplica particularmente aos antidepressivos e antipsicóticos mais novos em comparação com, respectivamente, os antidepressivos tricíclicos e os neurolepticos convencionais.

Uma síntese da evidência disponível indica que, embora tenham menos efeitos colaterais adversos, esses novos psicotrópicos não são significativamente mais eficazes e geralmente custam mais caro. Os custos consideravelmente mais altos da aquisição das drogas mais novas são, porém, compensados por uma redução da necessidade de outras formas de atenção e tratamento. As drogas da nova classe de antidepressivos, por exemplo, podem representar uma opção mais atraente e financeiramente acessível para prescrição em países de baixa renda quando expirarem suas patentes ou onde elas já são disponíveis a um custo semelhante aos de medicamentos mais antigos.

A Lista de Medicamentos Essenciais da OMS inclui atualmente as drogas necessárias num nível mínimo para o manejo satisfatório dos transtornos mentais e neurológicos de importância na saúde pública. Não obstante, os pacientes em países em desenvolvimento pobres não devem ficar privados por motivos unicamente econômicos dos benefícios trazidos pelos avanços na psicofarmacologia. É necessário trabalhar com vistas à disponibilização de todos os medicamentos melhores para tratamento de dado distúrbio. Isso exige uma abordagem flexível à lista de medicamentos essenciais.

PSICOTERAPIA

A psicoterapia se refere a intervenções planejadas e estruturadas visando influenciar o comportamento, o humor e os padrões emocionais de reação em face de diferentes estímulos, com uso de meios psicológicos verbais e não verbais. Não faz parte da psicoterapia o uso de qualquer meio bioquímico ou biológico.

Várias técnicas e abordagens—derivadas de diferentes fundamentos teóricos—têm mostrado a sua efetividade em relação a diversos transtornos mentais e comportamentais. Contam-se entre estes a terapia do comportamento, a terapia cognitiva, a terapia interpessoal, as técnicas de relaxamento e as técnicas e terapias de apoio (aconselhamento) (OMS 1993b).

A terapia do comportamento consiste na aplicação de princípios psicológicos de base científica à solução de problemas clínicos (Cottraux 1993). Baseia-se nos princípios da aprendizagem.

As intervenções comportamentais cognitivas visam a alteração dos padrões de pensamento e de comportamento mediante a prática de novas maneiras de pensar e agir, ao passo que a terapia interpessoal vem de um diferente modelo conceitual que tem por centro quatro áreas problemáticas comuns: conflitos de papéis, transições de papéis, luto não resolvido e déficits sociais.

O relaxamento visa a redução do estado excitação - e conseqüentemente da ansiedade - a níveis aceitáveis mediante diversas técnicas de relaxamento muscular derivadas de métodos tais como ioga, meditação transcendental, treinamento autogênico e *biofeedback*. Pode ser um complemento de outras formas de tratamento, é facilmente aceitável pelos pacientes e pode ser auto-aprendido (OMS 1988).

A terapia de apoio, que é provavelmente a forma mais simples de psicoterapia, baseia-se no relacionamento médico/paciente. Outros componentes importantes dessa técnica são a auto-afirmação, o esclarecimento, a ab-reação, o aconselhamento, a sugestão e o ensino. Alguns vêm nesta modalidade de tratamento o próprio alicerce da boa atenção clínica e propõem a sua inclusão como componente intrínseco dos programas de formação para todos os que se dedicam a atividades clínicas.

Vários tipos de psicoterapia—e especialmente as intervenções comportamentais cognitivas e a terapia interpessoal—são efetivos no tratamento de fobias, dependência de drogas e álcool e sintomas psicóticos tais como delírios e alucinações. Ajudam também o

paciente deprimido a aprender como melhorar as estratégias de enfrentamento e reduzir a angústia sintomática.

Recentemente, vieram à tona indícios animadores com relação à efetividade/custo das abordagens psicoterápicas no manejo de psicoses e de toda uma série de transtornos do humor e relacionados com o estresse, em combinação com a farmacoterapia ou como alternativa a ela. Uma constatação que sempre aparece nas pesquisas é a de que as intervenções psicológicas levam a um aumento da satisfação e da concordância com o tratamento, o que pode contribuir significativamente para reduzir as taxas de recorrência, limitar as hospitalizações e diminuir o desemprego. Os custos adicionais do tratamento psicológico são neutralizados por uma redução da necessidade de outras formas de apoio ou contato com os serviços de saúde (Schulberg *et al.* 1998; Rosenbaum e Hylan 1999).

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes em virtude de transtorno mental a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais (OMS 1995). A reabilitação psicossocial é um processo abrangente, e não simplesmente uma técnica.

As estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do usuário, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade) e as condições culturais e socioeconômicas do país onde é levada a cabo. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem todos aspectos da reabilitação psicossocial. Os principais objetivos são a emancipação do usuário, a redução da discriminação e da estigmatização, o melhoramento da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração. A reabilitação psicossocial é um dos componentes da atenção em saúde mental abrangente com base na comunidade. Por exemplo, em Shanghai, China, foram aperfeiçoados modelos de reabilitação psicossocial com uso de atenção primária, apoio familiar, apoio psiquiátrico de retaguarda, supervisão comunitária e intervenção reabilitadora nas fábricas.

A reabilitação psicossocial permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e socializar na comunidade e lhes ensina a maneira de fazer face a suas incapacidades. Inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e atividades de lazer que dão um senso de participação e de valor pessoal. Ensina também aptidões de vida tais como regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, fazer orçamentos, manter a casa e usar diferentes meios de transporte.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E EMPREGO

Em países como a Alemanha, Argentina, Brasil, China, Costa do Marfim, Espanha, Holanda e Itália, pacientes psiquiátricos, assistentes sociais e por vezes outros pacientes não psiquiátricos têm organizado cooperativas de trabalhadores. Essas oportunidades vocacionais não procuram criar um clima artificialmente protegido, proporcionando aos pacientes psiquiátricos, em vez disso, treinamento profissional que lhes permitirá dedicar-se a atividades economicamente eficientes. Alguns desses exemplos são descritos na Caixa 3.6.

Caixa 3.6 Oportunidades de trabalho na comunidade

Podem-se encontrar ao redor do mundo muitos milhares de bons exemplos de pessoas com distúrbios mentais não somente integradas nas respectivas comunidades mas desempenhando efetivamente papéis produtivos e

economicamente importantes. Somente na Europa, cerca de 10.000 indivíduos assim estão trabalhando em negócios e empresas que foram criados para lhes dar emprego. Encontram-se aqui muitos exemplos de oportunidades encontradas na comunidade.¹

Começando com um punhado de pessoas com doenças mentais, algumas das quais estiveram acorrentadas durante anos, estabeleceu-se um aviário em Bouaké, Costa do Marfim. Encarado inicialmente com desconfiança pela população local, o estabelecimento veio a se tornar uma empresa importante, da qual a comunidade local agora depende. A resistência encontrada inicialmente foi pouco a pouco transformada em cordial apoio, particularmente quando o aviário se viu necessitado de braços e começou a contratar gente da comunidade local, transformando-se em importante empregador na região.

Na Espanha, uma grande organização não-governamental criou 12 centros de serviço que empregam mais de 800 pessoas com transtornos mentais. Um desses centros, em Cabra, Andaluzia, é uma fábrica de móveis comerciais que tem 212 empregados, a maioria dos quais com passagens prolongadas por hospitais psiquiátricos. A fábrica é muito moderna e tem diferentes linhas de montagem, onde as necessidades e habilidades de cada trabalhador são levadas em consideração. Ainda há poucos anos, aqueles trabalhadores viviam trancados em hospitais, como continua acontecendo com muitos outros portadores de distúrbios mentais em outros lugares. Hoje, seus produtos estão sendo vendidos em toda a Europa e nos Estados Unidos.

Uma cooperativa de empregos para portadores de transtornos mentais fundada na Itália em 1981 com apenas nove pessoas tem agora mais de 500 membros que voltaram a uma vida produtiva e estão integrados na sociedade maior. Uma dentre centenas do mesmo tipo na Itália, a cooperativa oferece serviços de limpeza, serviços sociais para os idosos e para adultos e crianças deficientes, programas de treinamento no trabalho, conservação de parques e jardins e atividades gerais de manutenção.

Em Beijing, China, uma das maiores fábricas nacionais de produtos de algodão mantém centenas de apartamentos para seus empregados, bem como um hospital de 140 leitos e duas escolas. Recentemente, uma jovem empregada foi diagnosticada com esquizofrenia e hospitalizada por um ano. Ao receber alta, ela voltou ao seu apartamento e ao seu antigo emprego, com salário integral. Depois de um mês, porém, ela constatou que não podia mais acompanhar o ritmo de seus colegas e foi transferida para trabalhar num escritório. Essa solução é resultado do cumprimento por seu empregador da obrigação legal de receber a mulher de volta após a sua doença.

¹ Harmois G, Gabriel P (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Genebra, Organização Mundial da Saúde e Organização Internacional do Trabalho (WHO/MSD/MPS/00.2).

A ativação dos recursos ocultos na comunidade cria um novo modelo com profundas repercussões na saúde pública. O modelo, denominado “empresa social”, atingiu um nível sofisticado de desenvolvimento em alguns países do Mediterrâneo (de Leonardis *et al.* 1994). A cooperação entre os setores público e privado numa empresa social é promissora do ponto de vista da saúde pública. Ademais, compensa a carência de recursos e cria uma solução alternativa à reabilitação psicossocial convencional. As pessoas com transtornos podem ter uma participação mais ativa no processo saudável da cooperativa de trabalho e conseqüentemente na geração de recursos.

HABITAÇÃO

A habitação, além de ser um direito básico, é em muitos lugares um fator de limitação crucial no processo de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica. Todos precisam de habitação decente. Não há dúvida alguma quanto à necessidade de leitos psiquiátricos para pessoas com transtornos mentais.

Transtornos mentais específicos tornam o uso de leitos inevitável em duas circunstâncias: primeiro, na fase aguda; e segundo, durante a convalescença ou na fase crônica irreversível que certos pacientes apresentam. A experiência de muitos países das Américas, da Ásia e da Europa já demonstrou que, no primeiro caso, um leito localizado num hospital geral é o recurso mais adequado. No segundo, os asilos de outrora têm sido substituídos com êxito por dependências residenciais na comunidade. Em certas situações, haverá sempre a necessidade de outros contextos residenciais. Estes são componentes não

contraditórios da atenção total e estão de pleno acordo com a estratégia da atenção primária de saúde.

Além dos exemplos mencionados acima, estão ocorrendo interessantes experiências no campo da reabilitação psicossocial na África do Sul, Botsuana, Brasil, China, Espanha, Grécia, Índia, Malásia, Mali, México, Paquistão, Senegal, República Islâmica do Irã, Sri Lanka e Tunísia (Mohit 1999; Mubbashar 1999; WHO 1997b). Nesses países, a abordagem orienta-se mais para as atividades vocacionais e o apoio social da comunidade. Não há dúvida de que a reabilitação psicossocial muitas e muitas vezes não enfrenta a questão da habitação por não haver habitação disponível. Assim, os pacientes com transtornos que necessitam de abrigo não têm alternativa senão a institucionalização. As estratégias de habitação atuais costumam demasiado caro para muitos países em desenvolvimento, trazendo a necessidade de encontrar soluções inovadoras.

EXEMPLOS DE EFETIVIDADE

Podem-se classificar as intervenções para manejo dos transtornos mentais e comportamentais em três grandes categorias: prevenção, tratamento e reabilitação. Estas correspondem aproximadamente aos conceitos de prevenção primária, secundária e terciária (Leavell e Clark 1965).

- *Prevenção* (prevenção primária ou proteção específica) é a tomada de medidas aplicáveis a certa doença ou grupo de doenças para interceptar suas causas antes que estas envolvam o indivíduo; noutras palavras, para evitar que ocorra a afecção.
- *Tratamento* (prevenção secundária) refere-se às medidas tomadas para sustar um processo patológico já iniciado, a fim de evitar maiores complicações e seqüelas, limitar a incapacidade e evitar a morte.
- *Reabilitação* (prevenção terciária) envolve medidas orientadas para indivíduos incapacitados, restaurando a sua situação anterior ou maximizando o uso das suas capacidades restantes. Compreende tanto intervenções no nível do indivíduo como modificações no meio ambiente.

Os exemplos que se seguem apresentam uma série de intervenções eficazes de importância em saúde pública. Para alguns desses distúrbios, a intervenção mais efetiva é a ação preventiva, ao passo que a abordagem mais eficiente para outros é o tratamento ou a reabilitação.

DEPRESSÃO

Não existem atualmente indícios de que as intervenções propostas para prevenção primária da depressão sejam eficazes, salvo em alguns estudos isolados. Há indicações, porém, da efetividade de certas intervenções, tais como a formação de sistemas de redes de apoio para grupos vulneráveis, intervenções concentradas em eventos específicos e intervenções orientadas para famílias e indivíduos vulneráveis, bem como dispositivos adequados de triagem e tratamento de transtornos mentais como parte da atenção primária para a incapacidade física (Paykel 1994). Diversos programas de triagem, educação e tratamento para mães mostraram-se eficazes na redução da depressão em mães e na prevenção de resultados de saúde adversos para seus filhos. Esses programas podem ser executados no contexto da atenção primária de saúde, por exemplo, por visitantes sanitários ou trabalhadores em saúde da comunidade. Não têm sido, porém, amplamente

disseminados na atenção primária, mesmo nos países industrializados (Cooper e Murray 1998).

As metas da terapia são a redução dos sintomas, a prevenção de recidivas e, em última análise, a remissão completa. O tratamento de primeira linha para a maioria dos pacientes com depressão consiste hoje em medicação antidepressiva, psicoterapia ou uma combinação das duas.

As drogas antidepressivas são eficazes em todos os graus de severidade dos episódios depressivos maiores. Nos episódios depressivos brandos, a taxa geral de resposta é de cerca de 70%. Nos episódios graves, a taxa de resposta é mais baixa e a medicação é mais efetiva do que os placebos. Alguns estudos indicaram que os antidepressivos mais antigos (tricíclicos), denominados ADT, são tão eficazes como os medicamentos mais novos e custam mais barato: o custo dos ADT é de aproximadamente US\$2–3 por mês em muitos países em desenvolvimento. Os novos medicamentos antidepressivos são eficazes no tratamento de episódios depressivos graves, com menos resultados indesejáveis e maior aceitação pelos pacientes, mas a sua disponibilidade continua limitada em muitos países em desenvolvimento. Essas drogas podem oferecer vantagens nas faixas etárias mais velhas.

A fase aguda requer de 6 a 8 semanas de medicação, durante as quais os pacientes são visitados de uma ou duas em duas semanas—e mais freqüentemente nas etapas iniciais—para monitorização de sintomas e efeitos colaterais, ajuste da dosagem e apoio.

A fase aguda bem-sucedida do tratamento com antidepressivo ou psicoterapia deve ser quase sempre seguida de pelo menos seis meses de tratamento contínuo. Os pacientes são visitados uma ou duas vezes por mês. O objetivo primário dessa fase de acompanhamento é evitar recorrência; ela pode cortar o índice de recorrências de 40–60 % para 10–20%. A meta final é a remissão completa seguida de recuperação. Há certos indícios, embora fracos, de que

é menos comum a recorrência após o tratamento bem-sucedido com terapia comportamental cognitiva do que com antidepressivos (ver Tabela 3.2).

A fase da chamada farmacoterapia de manutenção tem por finalidade evitar a recorrência futura de transtornos do humor e é, via de regra, recomendada para pessoas com história de três ou mais episódios depressivos, depressão crônica ou sintomas depressivos persistentes. Essa fase pode prolongar-se por muitos anos e em geral requer visitas mensais ou trimestrais.

Algumas pessoas preferem psicoterapia ou aconselhamento a tomar medicamentos para tratamento da depressão. Vinte anos de pesquisas verificaram que várias formas de psicoterapia de duração limitada são tão eficazes como as drogas nas depressões brandas a moderadas. Essas terapias específicas da depressão incluem a psicoterapia comportamental cognitiva e a psicoterapia interpessoal, dando ênfase à colaboração ativa e à educação do paciente. Numerosos estudos do Afeganistão, Estados Unidos, Holanda, Índia, Paquistão, Reino Unido, Sri Lanka e Suécia mostram a viabilidade do treinamento de clínicos gerais para proporcionar essa forma de atenção e a sua efetividade/custo (Sriram *et al.* 1990; Mubbashar 1999; Mohit *et al.* 1999; Tansella e Thornicroft 1999; Ward *et al.* 2000; Bower *et al.* 2000).

Tabela 3.2 Efetividade das intervenções para depressão

Intervenção	% de remissão após 3–5 meses
Placebo	27
Agentes tricíclicos	48-52
Psicoterapia (cognitiva e interpessoal)	48-60

Fontes:

Mynors-Wallis I. *et al.* (1996). Problem-solving treatment: evidence for objectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26: 249-162.
Schulberg HC *et al.* (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 58: 112-118.

Mesmo nos países industrializados, somente uma minoria de pessoas que sofrem depressão procura ou recebe tratamento. Parte da explicação está nos próprios sintomas. Sentimentos de desvalia, culpa excessiva e falta de motivação impedem os indivíduos de procurar assistência. Ademais, muitos têm poucas probabilidades de aquilatar os benefícios potenciais do tratamento. Outros inibidores são as dificuldades financeiras e o temor da estigmatização. Além dos próprios indivíduos, os provedores de atenção de saúde podem não reconhecer os sintomas nem seguir as melhores práticas recomendadas, porque podem não ter tempo nem recursos para proporcionar um tratamento baseado em evidências, em contextos de atenção primária.

DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL

É necessário encarar a prevenção da dependência do álcool no contexto da meta mais ampla da prevenção e redução dos problemas relacionados com o álcool no nível da população (acidentes relacionados com o álcool, lesões, suicídio, violência, etc.) Essa abordagem abrangente é analisada no Capítulo 4. Existem valores culturais e religiosos associados com baixos níveis de uso do álcool.

As metas da terapia são a redução da morbidade e da mortalidade relacionadas com o álcool e a redução de outros problemas sociais e econômicos vinculados ao seu consumo crônico e excessivo.

O reconhecimento precoce de problemas de consumo de bebida, a intervenção precoce em face de tais problemas, as intervenções psicológicas, o tratamento dos efeitos nocivos do álcool (inclusive sintomas de abstinência e outras conseqüências médicas), o ensino de novas aptidões para fazer face a situações associadas com alto risco de consumir bebida e sofrer recorrência, a educação da família e a reabilitação são as principais estratégias de efetividade comprovada para o tratamento de problemas relacionados com a dependência de álcool e outras substâncias.

A pesquisa epidemiológica mostrou que a maioria dos problemas se manifesta entre aqueles que não são significativamente dependentes, tais como as pessoas que ficam embriagadas e dirigem automóvel ou exibem comportamentos de risco, ou aquelas que estão bebendo em níveis de risco mas continuam tendo empregos e indo à escola e mantêm relações e estilos de vida relativamente estáveis. Entre os pacientes que vão a clínicas de atenção primária de saúde e consomem álcool em níveis de risco, apenas 25% são dependentes dele.

Para as pessoas que bebem de maneira perigosa mas que não são dependentes do álcool, há intervenções breves compreendendo diversas atividades orientadas. Essas intervenções têm baixa intensidade e curta duração, consistindo tipicamente em 5–60 minutos de aconselhamento e educação, geralmente com um máximo de três a cinco sessões. Elas têm por finalidade prevenir a manifestação inicial de problemas relacionados com o álcool. O conteúdo dessas intervenções breves varia, mas a maioria tem caráter instrutivo ou motivacional, destinando-se a equacionar formas específicas de comportamento no consumo de bebida, com retroalimentação da triagem, educação, fortalecimento de aptidões, estímulo e conselhos práticos, mais do que a análise psicológica intensiva ou técnicas de tratamento prolongado (Gomel *et al.* 1995).

Para os problemas iniciais de consumo de bebidas, foi demonstrada em vários estudos a efetividade de intervenções breves por profissionais de atenção primária (OMS 1996; Wilk *et al.* 1997). Tais intervenções reduziram em até 30% o consumo de álcool e o beber excessivo em períodos de 6–12 meses ou mais. Alguns estudos demonstraram também que essas intervenções são efetivas em relação ao seu custo (Gomel *et al.* 1999).

Para os pacientes com dependência mais pronunciada do álcool, são disponíveis opções demonstradamente eficazes de tratamento ambulatorial e com internamento, embora o tratamento ambulatorial seja consideravelmente mais barato. Vários tratamentos psicológicos mostraram-se igualmente eficazes. São eles o tratamento cognitivo comportamental, o uso de entrevistas motivacionais e o enfoque dos “Doze Passos” associados com o tratamento profissional. Os enfoques baseados no estímulo comunitário, como o dos Alcoólatras Anônimos, durante e depois do tratamento profissional, são invariavelmente associados com resultados melhores do que o tratamento somente. A terapia para os cônjuges e membros da família ou simplesmente o seu envolvimento traz benefícios tanto para a iniciação como para a manutenção do tratamento da dependência do álcool.

É preferível a detoxificação (tratamento de supressão de álcool) dentro da comunidade, exceto para aqueles que têm dependência grave, história de *delirium tremens* ou convulsões devidas à abstinência, um ambiente doméstico que nega apoio ou tentativas malogradas anteriores de detoxificação (Edwards *et al.* 1997). A internação para tratamento continua sendo uma opção para pacientes com comorbidade médica grave ou transtornos psiquiátricos. As intervenções psicossociais ancilares e familiares também constituem elementos importantes do processo de recuperação, especialmente quando ocorrem outros problemas ao lado da dependência do álcool.

Não há provas a indicar que o tratamento coercitivo seja eficaz. É pouco provável que tal tratamento (seja decisão da justiça civil, sentença do sistema de justiça criminal ou qualquer outra intervenção) venha a trazer benefícios (Heather 1995).

A medicação não pode substituir o tratamento psicológico da pessoa com dependência do álcool, mas alguns medicamentos mostraram-se eficazes como tratamento complementar para reduzir as taxas de recorrência (NIDA 2000).

DEPENDÊNCIA DE DROGAS

É preciso encarar a prevenção da dependência de drogas no contexto da meta mais ampla de prevenção e redução de problemas ligados ao uso de drogas no nível da população. A abordagem geral é analisada no Capítulo 4.

A terapia tem por meta reduzir a morbidez e a mortalidade causadas pelo uso de substâncias psicoativas ou associadas com ele, até que os pacientes possam ter uma vida livre de drogas. As estratégias incluem o diagnóstico precoce, a identificação e controle do risco de doenças infecciosas, bem como outros problemas médicos ou sociais, estabilização e manutenção com farmacoterapia (para a dependência de opióides), aconselhamento, acesso aos serviços e oportunidades de lograr a integração social.

As pessoas com dependência de drogas muitas vezes têm necessidades complexas. Mostram-se em risco de HIV e outros agentes patogênicos veiculados pelo sangue, distúrbios físicos e mentais comórbidos, problemas com múltiplas substâncias psicoativas, envolvimento em atividades criminosas e problemas nas relações pessoais, no emprego e na moradia. As suas necessidades exigem vínculos entre profissionais de saúde, serviços sociais, o setor voluntário e o sistema de justiça criminal.

A atenção compartilhada e a integração de serviços são exemplos de boa prática na atenção para os dependentes de substâncias. Os clínicos gerais podem identificar e tratar episódios agudos de intoxicação e abstinência, bem como proporcionar aconselhamento breve e imunização, testes de HIV, exame cervical, orientação sobre planejamento familiar e encaminhamento.

O aconselhamento e as outras terapias comportamentais são componentes críticos do tratamento efetivo da dependência, uma vez que podem abordar a motivação, as aptidões de

enfrentamento, as aptidões para resolver problemas e as dificuldades nas relações interpessoais. No caso particular dos dependentes de opióides, as farmacoterapias substitutivas são complementos eficazes do aconselhamento. Como a maioria dos dependentes de drogas fumam, devem ser oferecidas terapias de aconselhamento para supressão do fumo e substituição da nicotina. Grupos de ajuda mútua podem também complementar e estender a efetividade do tratamento por profissionais de saúde.

A detoxificação médica é apenas a primeira etapa do tratamento da dependência e não altera por si mesma o uso de drogas a longo prazo. É preciso proporcionar atenção de longa duração, bem como tratamento dos transtornos comórbidos, a fim de reduzir as taxas de recorrência. A maioria dos pacientes requer um mínimo de três meses de tratamento para obter melhoria significativa.

A injeção de drogas ilícitas traz uma ameaça especial à saúde pública. O uso comum de equipamento hipodérmico está associado com a transmissão de agentes patógenos veiculados pelo sangue (especialmente HIV e hepatites B e C), sendo responsável pela propagação do HIV em muitos países, sempre que há uso muito difundido de drogas injetáveis.

As pessoas que injetam drogas e que não iniciam o tratamento têm seis vezes mais probabilidades de contrair infecção por HIV do que as que iniciam o tratamento e nele permanecem. Assim sendo, os serviços de tratamento deveriam proporcionar avaliação para HIV/AIDS, hepatites B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, bem como, sempre que possível, tratamento para aquelas condições e aconselhamento para ajudar os pacientes a abandonar o uso de práticas inseguras na aplicação de injeções.

O tratamento da dependência de drogas é efetivo em relação ao custo na redução do uso de drogas (40–60%) e das conseqüências associadas com a saúde e sociais, tais como infecção por HIV e atividade criminosa. A efetividade do tratamento da dependência de drogas compara-se aos índices de êxito para o tratamento de outras doenças crônicas, tais como diabetes, hipertensão e asma (NIDA 2000). Já se demonstrou que o tratamento custa mais barato do que outras alternativas, tais como deixar de tratar os dependentes ou simplesmente encarcerá-los. Por exemplo, nos Estados Unidos, o custo médio do tratamento de manutenção com metadona por um ano é de aproximadamente US\$4.700, ao passo que um ano de prisão custa aproximadamente US\$18.400 por pessoa.

ESQUIZOFRENIA

Atualmente, não é possível a prevenção primária da esquizofrenia. Recentemente, porém, esforços de pesquisa concentram-se no aperfeiçoamento de meios de detectar pessoas em risco de esquizofrenia em etapas muito precoces ou mesmo antes da sua manifestação inicial. A detecção precoce aumentaria as probabilidades de intervenção precoce, diminuindo positivamente o risco de uma evolução crônica ou de seqüelas residuais graves. A efetividade dos programas de detecção ou intervenção precoce deve ser avaliada mediante seguimento de longa duração (McGorry 2000).

O tratamento de esquizofrenia tem três componentes principais. Primeiro, há medicamentos para aliviar os sintomas e evitar a recidiva. Segundo, a educação e as intervenções psicossociais ajudam os pacientes e seus familiares a fazer face à doença e suas complicações, bem como a evitar recorrências. Terceiro, a reabilitação ajuda os pacientes a se reintegrarem na comunidade e a recuperar o funcionamento educacional e ocupacional. O verdadeiro desafio na atenção das pessoas que sofrem esquizofrenia está na necessidade de organizar serviços que levem sem solução de continuidade da identificação precoce ao tratamento regular e à reabilitação.

As metas da atenção consistem em identificar a doença o mais cedo possível, tratar os sintomas, conferir aptidões aos pacientes e seus familiares, manter a melhoria durante certo período de tempo, evitar recorrências e reintegrar as pessoas enfermas na comunidade, para que elas possam levar uma vida normal. Existem indícios concludentes a mostrar que o tratamento diminui a duração e a cronicidade da doença, paralelamente ao controle de recidivas.

Utilizam-se atualmente dois grupos de drogas no tratamento de esquizofrenia: antipsicóticos padrão (antes denominados neurolépticos) e antipsicóticos novos (também denominados antipsicóticos de segunda geração ou “atípicos”). Os primeiros medicamentos antipsicóticos padrão foram introduzidos há 50 anos e mostraram-se úteis na redução e, por vezes, na eliminação de sintomas de esquizofrenia tais como transtornos do pensamento, alucinações e delírios. Ademais, podem também diminuir sintomas correlatos tais como agitação, impulsividade e agressividade. Pode-se chegar a isso em questão de dias ou semanas em cerca de 70% dos pacientes. Tomados consistentemente, esses medicamentos podem também reduzir à metade o risco de recaída. Os medicamentos atualmente disponíveis parecem ser menos eficazes na redução de sintomas como apatia, desligamento social e pobreza de idéias. Os medicamentos de primeira geração custam barato, não chegando a mais de US\$5 por mês de tratamento nos países em desenvolvimento. Alguns deles podem ser dados por meio de injeções de ação prolongada em intervalos de 1–4 semanas.

Os medicamentos antipsicóticos podem ajudar os pacientes a se beneficiarem das formas psicossociais de tratamento. Os antipsicóticos mais novos têm menos probabilidades de induzir certos efeitos colaterais, ao mesmo tempo que melhoram certos sintomas. Não há indicações claras de que os medicamentos antipsicóticos mais novos sejam apreciavelmente diferentes dos mais antigos quanto à eficácia, embora haja diferenças nos seus efeitos colaterais mais frequentes.

A duração média do tratamento é de 3–6 meses. O tratamento de manutenção prossegue por pelo menos um ano após o primeiro episódio da doença, por 2–5 anos após o segundo episódio e por períodos mais longos em pacientes com episódios múltiplos. Nos países em desenvolvimento, a resposta ao tratamento é mais positiva, a dosagem de medicamentos é mais baixa e a duração do tratamento é menor. Na atenção total do paciente, é importante o apoio da família. Alguns estudos mostraram que a combinação de medicação regular,

educação e apoio da família pode reduzir as recidivas de 50% para menos de 10% (ver Tabela 3.3) (Leff e Gamble 1995; Dixon *et al.* 2000; Pharaoh *et al.* 2000).

A reabilitação psicossocial das pessoas com esquizofrenia abrange diversas medidas que vão da melhoria da competência social e das redes de apoio ao apoio familiar. No centro disso coloca-se a emancipação do usuário e a redução do estigma e da discriminação, mediante o esclarecimento da opinião pública e a introdução de legislação pertinente. O respeito aos direitos humanos é um dos princípios orientadores dessa estratégia.

Hoje em dia, poucos pacientes com esquizofrenia necessitam de hospitalização de longa duração; quando necessitam, a duração média da hospitalização é de apenas 2–4 semanas, em comparação com um período de um ano antes da introdução das terapias modernas. A reabilitação em centros de atendimento diurno, oficinas protegidas e casas transitórias melhora a recuperação de pacientes com doenças de

Tabela 3.3 Efetividade das intervenções para esquizofrenia

Intervenção	% de remissão após 1 ano
Placebo	55
Clorpromazina	20-25
Clorpromazina + Intervenção da família	2-23

Fontes:

Dixon LB, Lehman AF (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 631-643.

Dixon LB *et al.* (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 567-577.

longa duração ou incapacitação residual na forma de lentidão, falta de motivação ou desligamento social.

EPILEPSIA

As ações efetivas para a prevenção de epilepsia são uma atenção pré-natal e pós-natal adequada, boas condições para o parto, controle de febre em crianças, controle de doenças parasitárias e infecciosas e prevenção de lesão cerebral (por exemplo, controle da pressão sanguínea e uso de cintos de segurança e capacetes).

As metas da terapia são controlar os ataques, evitando a sua ocorrência por pelo menos dois anos, e reintegrar as pessoas com epilepsia na vida educacional e comunitária. O diagnóstico precoce e a provisão constante de medicamentos de manutenção são fundamentais para chegar a um resultado positivo.

Tabela 3.4 Efetividade das intervenções para epilepsia

Intervenção	% de remissão após 1 ano
Placebo	Não disponível
Carbamazepina	52
Fenobarbital	54-73
Fenitoína	56

Fontes:

Feksi AT *et al.* (1999). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *The Lancet*, 337(8738): 406-409.

Pal DK *et al.* (1998). Randomized controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *The Lancet*, 35(9095): 19-23.

A epilepsia é quase sempre tratada com uso de medicamentos antiepilépticos (MAP). Estudos recentes em países tanto desenvolvidos como em desenvolvimento mostram que até 70% dos casos recém-diagnosticados de crianças e adultos com epilepsia podem ser tratados com êxito com MAP, razão pela qual as pessoas em questão ficarão livres de ataques, desde que tomem regularmente os seus medicamentos (ver Tabela 3.4). Após 2–5 anos de tratamento bem-sucedido (cessação dos ataques epiléticos), o tratamento pode ser suspenso em 60–70% dos casos. Os demais têm de continuar com a medicação pelo resto da vida, mas, desde que tomem os medicamentos regularmente, muitos têm probabilidades

de se manter livres de ataques, ao passo que em outros a frequência ou gravidade dos ataques pode ser consideravelmente reduzida. Para certos pacientes com epilepsia intratável, o tratamento neurocirúrgico pode lograr êxito. Também é útil o apoio psicológico e social (ILAE/IBE/WHO 2000).

O fenobarbital se transformou no antiepiléptico de primeira linha nos países em desenvolvimento, talvez porque outras drogas custam 5–20 vezes mais. Um estudo na Índia rural constatou êxito no tratamento de 65% dos que receberam fenobarbital, com a mesma proporção respondendo bem à fenitoína; os eventos adversos foram semelhantes em ambos os grupos (Mani *et al.* 2001). Na Indonésia, um estudo concluiu que, não obstante certas desvantagens, o fenobarbital deve continuar sendo usado como medicamento de primeira linha no tratamento de epilepsia em países em desenvolvimento. Estudos no Equador e no Quênia compararam o fenobarbital com a carbamazepina e não encontraram diferenças significativas entre os dois no tocante à eficácia e à segurança (Scott *et al.* 2001). Na maioria dos países, o custo do tratamento com fenobarbital pode não ser mais do que US\$5 por paciente por ano.

DOENÇA DE ALZHEIMER

Não é possível atualmente a prevenção primária da doença de Alzheimer. As metas da atenção são manter o funcionamento da pessoa, reduzir a incapacidade devida à perda de funções mentais, reorganizar rotinas a fim de maximizar o uso das funções restantes, minimizar funções disruptivas tais como sintomas psicóticos (por exemplo, desconfiança), agitação e depressão, e dar apoio às famílias.

Uma meta central da pesquisa sobre o tratamento da doença de Alzheimer é a identificação de substâncias que retardem o início, diminuam o ritmo da progressão ou melhorem os sintomas da doença. Os agonistas receptores colinérgicos (AChEs) têm-se mostrado geralmente benéficos quanto à disfunção cognitiva global e são os mais efetivos na melhora da atenção. Tem-se observado menos consistentemente melhora da aprendizagem e redução da deterioração da memória, que constituem os mais proeminentes déficits cognitivos na doença de Alzheimer. O tratamento com esses inibidores AChE parecem também beneficiar os sintomas não cognitivos da doença de Alzheimer, como os delírios e os sintomas comportamentais.

O tratamento da depressão em pacientes com Alzheimer tem possibilidades de elevar a capacidade funcional. Dos sintomas comportamentais experimentados por pacientes com a doença de Alzheimer, a depressão e a ansiedade ocorrem mais frequentemente nas etapas iniciais, só ocorrendo mais tarde os sintomas psicóticos e o comportamento agressivo. Em vista do número crescente de pessoas idosas, o manejo do seu bem-estar constitui um desafio para o futuro (Caixa 3.7).

Caixa 3.7 Atenção para os avós de amanhã

O significativo aumento da população idosa que está sendo agora observado em todo o mundo é resultado não somente de mudanças socioeconômicas como também de um prolongamento da duração da vida ocorrido no século XX, devido em grande parte a melhoramentos no saneamento e na saúde pública. Esse progresso, porém, levanta também um dos maiores desafios para as próximas décadas: como manejar o bem-estar dos idosos que, até o ano 2025, compreenderão mais de 20% da população mundial total.

O envelhecimento da população provavelmente será acompanhado de grandes mudanças na frequência e distribuição dos distúrbios somáticos e mentais e nas inter-relações entre esses dois tipos de transtornos.

Os problemas de saúde mental entre os idosos são frequentes e podem ser graves e diversos. Além da doença de Alzheimer, observada quase exclusivamente nesse grupo etário, muitos outros problemas, tais como depressão, ansiedade e transtornos psicóticos, têm também alta prevalência. Os índices de suicídio atingem seus picos, especialmente entre homens idosos. O uso indevido de substâncias, inclusive álcool e medicamentos, também tem alta prevalência, embora seja quase sempre ignorado.

Esses problemas podem criar um alto nível de sofrimento não só para os próprios idosos como também para seus familiares. Em muitos casos, membros da família vêem-se obrigados a sacrificar boa parte da sua vida pessoal para se dedicarem inteiramente ao parente doente. A carga assim criada para as famílias e comunidades é pesada, e com maior frequência do que se desejaria, a insuficiência dos recursos para atenção de saúde deixa os pacientes e suas famílias sem o apoio necessário.

Muitos desses problemas poderiam ser enfrentados eficientemente, mas a maioria dos países não tem políticas, programas ou serviços preparados para atender a tais necessidades. Um estigma duplo e generalizado - ligado aos transtornos mentais em geral e ao fim da vida em particular - em nada contribui para facilitar o acesso à assistência necessária.

O direito à vida e o direito à qualidade da vida reclamam profundas modificações na forma pela qual as sociedades encaram os seus idosos, assim como reclamam a quebra de tabus associados. A maneira pela qual as sociedades se organizam para cuidar dos idosos é uma boa indicação da importância que atribuem à dignidade do ser humano.

São extremamente importantes as intervenções psicossociais na doença de Alzheimer, tanto para os pacientes como para os provedores familiares de atenção, que também se acham em risco de depressão, ansiedade e problemas somáticos. Incluem-se entre elas a psicoeducação, o apoio, técnicas cognitivo-comportamentais, auto-ajuda e atenção durante as folgas dos cuidadores. Segundo um estudo, uma intervenção psicossocial - o aconselhamento individual e familiar acompanhado da participação num grupo de apoio - voltada para os cônjuges que proporcionam atenção pode retardar por quase um ano a institucionalização de pacientes com demência (Mittleman et al. 1996).

RETARDO MENTAL

Dada a gravidade do retardo mental e a pesada carga que impõe aos indivíduos afetados, a suas famílias e aos serviços de saúde, é extremamente importante a prevenção. Ante a variedade de diferentes etiologias do retardo mental, a ação preventiva deve ser orientada para fatores causais específicos. São exemplos a iodetação da água e do sal para evitar o retardo mental por deficiência de iodo (cretinismo) (Mubbashar 1999), a abstinência do consumo de álcool pelas gestantes para evitar a síndrome de alcoolismo fetal, o controle dietético para evitar o retardo mental em pessoas com fenilcetonúria, aconselhamento genético como preventivo de certas formas de retardo mental (como a síndrome de Down, por exemplo), atenção pré-natal e pós-natal adequada e controle do meio ambiente para evitar retardo mental devido a intoxicação por metais pesados como o chumbo.

As metas do tratamento são o reconhecimento precoce e a utilização ótima das faculdades intelectuais do indivíduo mediante treinamento, modificação do comportamento, educação e apoio à família, treinamento vocacional e oportunidades de trabalho em ambientes protegidos.

A intervenção precoce compreende esforços planejados para promover o desenvolvimento, mediante uma série de manipulações de fatores ambientais ou experimentais, e é iniciada durante os primeiros anos de vida. Os objetivos são acelerar o ritmo de aquisição e desenvolvimento de novas formas de comportamento e aptidões, fortalecer o funcionamento independente e minimizar o impacto da incapacidade. A criança típica recebe treinamento sensorial motor dentro de um programa de estímulo do lactente, juntamente com intervenções de apoio psicossociais.

A capacitação dos pais para atuar como treinadores nas aptidões do cotidiano passou a ocupar o centro da atenção a pessoas com retardo mental, especialmente em países em desenvolvimento. Isso significa que os pais precisam estar cientes dos princípios de aprendizagem e educar-se em técnicas de modificação do comportamento e treinamento vocacional. Ademais, os pais podem apoiar-se mutuamente mediante grupos de ajuda mútua.

A maioria das crianças com retardo mental passa por dificuldades no currículo escolar ordinário. Requerem ajuda adicional e precisam, em certos casos, de freqüentar escolas especiais, onde a ênfase recai em atividades diárias como alimentar-se, vestir-se, aptidões sociais e o conceito de números e letras. As técnicas de modificação do comportamento desempenham importante papel no desenvolvimento de muitas dessas aptidões, bem como no incentivo a comportamentos desejáveis, reduzindo ao mesmo tempo os comportamentos indesejáveis.

A formação vocacional em ambientes protegidos e com uso de aptidões comportamentais tem permitido a grande número de pessoas com retardo mental levar vidas ativas.

TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

É desconhecida a etiologia precisa dos transtornos hipercinéticos (hiperatividade na criança, muitas vezes com espasmos musculares involuntários), razão pela qual não é possível atualmente a prevenção primária. Mas é possível evitar, por meio de intervenções preventivas junto às famílias e escolas, as manifestações iniciais de sintomas, que muitas vezes são erroneamente diagnosticados como transtornos hipercinéticos.

O tratamento dos transtornos hipercinéticos não pode ser considerado sem primeiro verificar se o diagnóstico é adequado ou apropriado. Com demasiada freqüência, são diagnosticados transtornos hipercinéticos muito embora o paciente não apresente os

critérios de diagnóstico objetivos. Deixar de fazer um diagnóstico apropriado resulta em problemas no estabelecimento da resposta do paciente às intervenções terapêuticas. Podem-se observar sintomas hipercinéticos em toda uma série de distúrbios para os quais há tratamentos específicos que são mais apropriado do que o tratamento de transtornos hipercinéticos. Por exemplo, algumas crianças e adolescentes com sintomas de transtorno hipercinético estão sofrendo psicose ou podem estar manifestando transtorno obsessivo-compulsivo. Outras podem ter distúrbios específicos da aprendizagem. E outras ainda podem estar dentro da margem normal de comportamento mas são observadas em ambientes onde há reduzida tolerância aos comportamentos que são notificados. Algumas crianças manifestam sintomas hipercinéticos em resposta ao estresse agudo na escola e no lar. Assim, é essencial um rigoroso processo de diagnóstico, para o quê muitas vezes se faz necessária a assistência de especialista.

Embora seja comum hoje o tratamento com estimulantes semelhantes à anfetamina, há quem defenda o uso de terapia do comportamento e manipulação ambiental para reduzir os sintomas hipercinéticos. As terapias devem ser avaliadas quanto à sua propriedade como tratamentos de primeira linha, especialmente quando há dúvida quanto ao diagnóstico de transtorno hipercinético. Na ausência de diretrizes universalmente aceitas para o uso de psicoestimulantes em crianças e adolescentes, é importante começar com dosagens baixas, aumentando-a gradualmente até chegar, sob observação constante, a uma dose apropriada de psicoestimulantes. Existem hoje medicamentos de ação contínua, mas aqui também se aplica a mesma advertência quanto à dosagem apropriada. Há notícias do uso de antidepressivos tricíclicos e outras medicações, mas eles não são atualmente medicamentos de primeira linha.

O diagnóstico de transtorno hipercinético muitas vezes só é feito quando a criança chega à idade escolar, quando ela pode beneficiar-se de um reforço na estrutura do ambiente escolar ou de mais instrução individualizada. No ambiente doméstico, o apoio dos pais e a atenuação de expectativas pouco realistas ou conflitos podem facilitar uma redução dos sintomas hipercinéticos. Considerado outrora um distúrbio que desaparece na criança, sabe-se hoje que, para certas pessoas, o distúrbio hipercinético persiste na idade adulta. O reconhecimento desse fato pelo paciente pode ajudá-lo (a ocorrência é rara no sexo feminino) a encontrar situações de vida que se adaptem melhor à limitação dos efeitos debilitadores do transtorno não tratado.

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Existem indícios convincentes de que a prevenção e o tratamento adequado de certos transtornos mentais e comportamentais podem reduzir os índices de suicídio, sejam essas intervenções orientadas para indivíduos, famílias, escolas ou outros setores da comunidade geral (Caixa 3.8). O reconhecimento e tratamento precoce de depressão, dependência do álcool e esquizofrenia são estratégias importantes na prevenção primária do suicídio. São particularmente importantes os programas educativos para formação de clínicos e pessoal de atenção primária para o diagnóstico e tratamento de pacientes deprimidos. Num estudo de um programa desse tipo na ilha de Gotland, Suécia (Rutz *et al.* 1995), o índice de suicídio, particularmente de mulheres, caiu significativamente no ano seguinte ao início de um programa educacional para clínicos gerais, mas subiu uma vez terminado o programa.

A ingestão de substâncias tóxicas tais como pesticidas, herbicidas ou medicamentos é o método preferido dos que cometem suicídio em muitos lugares, especialmente em áreas rurais nos países em desenvolvimento. Por exemplo, na Samoa Ocidental em 1982, a ingestão do herbicida paraquat tornou-se o método de suicídio predominante. A redução da disponibilidade de paraquat para o público em geral resultou em significativas reduções no

total de suicídios, sem aumento correspondente do suicídio por outros métodos (Bowles 1995). Exemplos igualmente bem-sucedidos relacionam-se com o controle de outras substâncias tóxicas e com a detoxificação do gás doméstico e do escapamento dos automóveis. Em muitos lugares, a falta de atenção de emergência facilmente acessível faz com que a ingestão de substâncias tóxicas—que teria sido uma tentativa de suicídio na maioria dos países industrializados—seja outro caso fatal.

Na Federação Russa, assim como em outros países vizinhos, o consumo de álcool aumentou verticalmente nos últimos anos e está ligado a um aumento dos índices de suicídio e envenenamento pelo álcool (Vroublevsky e Harwin 1998) e a um declínio da esperança de vida no sexo masculino (Notzon *et al.* 1998; Leon e Schkolnikov 1998).

Vários estudos mostraram uma associação entre a posse de pequenas armas de fogo no lar e os índices de suicídio (Kellerman *et al.* 1992; Lester e Murrell 1980). Leis que restrinjam o acesso a armas de fogo podem ter efeito benéfico. Isso é indicado por estudos nos Estados Unidos, onde as restrições à compra e venda de pequenas armas de fogo foi associada com uma diminuição dos índices de suicídio por armas de fogo. Os estados com as leis mais rigorosas de controle de pequenas armas de fogo acusaram os mais baixos índices de suicídio por essas armas de fogo, não se tendo verificado mudança para um método alternativo de suicídio (Lester 1995).

A par de intervenções que envolvem restrição do acesso aos métodos de suicídio comuns, está demonstrado que as intervenções baseadas na escola, envolvendo o manejo de crises, o fortalecimento da autoestima, o desenvolvimento de aptidões para enfrentar a vida e um processo sadio de tomada de decisões reduzem o risco de suicídio entre os jovens (Mishara e Ystgaard 2000).

Os veículos de mídia podem ajudar na prevenção, limitando a apresentação gráfica e desnecessária de suicídios e desglamourizando o noticiário de tais eventos. Em muitos países, a ocorrência de um declínio nos índices de suicídio coincidiu com o consentimento da mídia em minimizar a divulgação de notícias de suicídios e em seguir diretrizes propostas. A glamourização do suicídio pode levar à imitação.

Caixa 3.8 Duas abordagens nacionais à prevenção do suicídio

FINLÂNDIA. Entre 1950 e 1980, os índices de suicídio na Finlândia subiram quase 50% no sexo masculino, de 41,6 por 100.000, tendo-se duplicado para 10,8 por 100.000 no sexo feminino. O Governo finlandês respondeu lançando em 1986 uma campanha inovadora e abrangente de prevenção do suicídio. Já em 1996, registrava-se uma redução geral dos índices de suicídio para 17,5% em relação ao ano de pico de 1990.

A avaliação interna do processo e a pesquisa de campo¹ mostraram que a operação do programa desde o princípio como empreendimento coletivo foi decisivo para o seu bom andamento. Segundo uma pesquisa de avaliação, cerca de 100.000 profissionais haviam participado na prevenção. Isso envolveu cerca de 2000 unidades operativas, ou 43% de todas as “unidades de serviços humanos”.

Embora não haja análise definitiva disponível para explicar o declínio, o conjunto de intervenções organizado como parte do projeto nacional teria desempenhado papel significativo. Fatores específicos provavelmente relacionados com o declínio estão reduzindo o consumo de álcool (devido à recessão econômica) e aumentando o consumo de medicamentos antidepressivos.

ÍNDIA. Mais de 95.000 indianos puseram termo à vida em 1997, com o equivalente a um suicídio a cada seis minutos. Um de cada três ocorreu na faixa etária de 15–19 anos. Entre 1987 e 1997, o índice de suicídios subiu de 7,5 para 10,03 por 100.000 habitantes. Das quatro cidades maiores da Índia, a de Chennal acusou o índice mais alto, com 17,23. A Índia não tem política nacional ou programa de prevenção do suicídio, e, para uma população de 1 bilhão de habitantes, existem apenas 3.500 médicos psiquiatras. A enormidade do problema, combinada com a escassez de serviços, levou à formação da Sneha, uma organização beneficente voluntária para prevenção do suicídio, filiada à Befrienders International, organização que proporciona “escuta terapêuticas” com contato humano e apoio emocional.²

A Sneha funciona de manhã cedo até tarde da noite, todos os dias do ano, e tem um quadro de pessoal

inteiramente formado de voluntários cuidadosamente selecionados e treinados, que sabem ouvir com simpatia e intervir efetivamente. Até agora, a Sneha já recebeu mais de 100.000 telefonemas de pessoas desesperadas. Segundo se estima, 40% das chamadas são consideradas de médio a alto risco de suicídio.

A Sneha ajudou a formar 10 centros semelhantes em várias partes da Índia, aos quais proporciona treinamento e apoio. Juntos, esses centros funcionam como a organização Befrienders Índia. Hoje, a Sneha está ajudando a formar os primeiros grupos de apoio aos sobreviventes na Índia.

1 Upanne M *et al.* (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation.* Saarijävi, Stakes.

2 Vijayakuma I. (2001). Comunicação pessoal.

CAPÍTULO 4

Política e Provisão de Serviços de Saúde Mental

Os governos, como gestores finais da saúde mental, necessitam estabelecer políticas—no contexto dos sistemas gerais de saúde e dos esquemas financeiros—que irão proteger e melhorar a saúde mental da população. Em termos de financiamento, as pessoas devem ser protegidas contra riscos financeiros catastrófico; os sãos devem subsidiar os enfermos, e os abastados, os pobres. A política de saúde mental deve ser fortalecida por políticas coerentes para o álcool e as drogas, bem como por serviços de bem-estar social como habitação, por exemplo. As políticas devem ser formuladas com a participação dos interessados e baseadas em informações dignas de crédito. Devem assegurar o respeito aos direitos humanos e levar em conta as necessidades dos grupos vulneráveis. A atenção deve ser transferida dos grandes hospitais psiquiátricos para serviços comunitários que sejam integrados nos serviços gerais de saúde. É preciso disponibilizar medicamentos psicotrópicos e treinar os trabalhadores em saúde. Os veículos de divulgação de massa e as campanhas de conscientização do público podem ser efetivas na redução do estigma e da discriminação. As organizações não-governamentais e as associações de usuários devem também receber apoio, uma vez que podem ter papel decisivo no melhoramento da qualidade dos serviços e das atitudes públicas. Há necessidade de mais pesquisas para aprimoramento das políticas e dos serviços, especialmente para levar em conta diferenças culturais.

4

POLÍTICA E PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS

A tarefa de proteger e melhorar a saúde mental da população é complexa e envolve múltiplas decisões. Exige a fixação de prioridades entre necessidades, condições, serviços, tratamentos e estratégias de promoção e prevenção de saúde mental, bem como escolhas sobre o quê financiar. Os serviços e as estratégias de saúde mental devem ser bem coordenados entre si e com outros serviços, tais como previdência social, educação, emprego e habitação. Os resultados de saúde mental devem ser monitorizados e analisados para que as decisões possam ser constantemente ajustadas para atender aos desafios existentes.

Os governos, como gestores finais da saúde mental, necessitam assumir a responsabilidade por garantir que essas complexas atividades sejam levadas a cabo. Um papel crítico da gestão é o desenvolvimento e implementação de políticas. Uma política identifica as principais questões e objetivos, define os papéis que correspondem respectivamente aos setores público e privado no financiamento e na provisão, identifica instrumentos de política e esquemas organizacionais necessários no setor público e possivelmente no setor privado para atingir objetivos de saúde mental, estabelece a agenda para o fortalecimento da capacidade e desenvolvimento organizacional e proporciona orientação para priorizar o gasto, vinculando assim a análise de problemas às decisões pertinentes à alocação de recursos.

A função gestora para a saúde mental está muito pouco desenvolvida em muitos países. O Projeto Atlas da OMS (ver Caixa 4.1) coligiu informações básicas sobre recursos para a

Figura 41 Presença de políticas e legislação de saúde mental, percentagem dos Estados Membros nas Regiões da OMS, 2000

Presença de políticas de saúde mental ^a	Presença de legislação de saúde mental ^b
	África
	Américas
	Mediterrâneo Oriental
	Europa
	Sudeste da Ásia
	Pacífico Ocidental

^aBaseado em informações de 181 Estados Membros.

^bBaseado em informações de 160 Estados Membros.

Fonte: *Mental health resources in the World. Initial results of Project Atlas* (2001), Genebra, Organização Mundial da Saúde.

saúde mental em 181 países. De acordo com esses dados, que são usados para ilustrar os principais pontos deste capítulo, um terço dos países não indica a existência de orçamentos específicos para a saúde mental, embora se possa presumir que dediquem a ela alguns recursos. Do restante, a metade consigna menos de 1% do seu orçamento de saúde pública à saúde mental, muito embora os problemas neuropsiquiátricos representem 12% da carga global de doenças. Um orçamento para a saúde mental inexistente ou limitado constitui um obstáculo significativo à provisão de tratamento e atenção.

Relaciona-se com esse problema orçamentário o fato de que aproximadamente quatro em dez países não têm políticas específicas de saúde mental e cerca de um terço não tem políticas sobre drogas e álcool. A falta de uma política especificamente relacionada com a criança e o adolescente é ainda mais dramática (Graham e Orley 1998). Poder-se-ia argüir que uma política não é necessária nem suficiente para chegar a bons resultados e que, para os países que não têm política de saúde mental, seria suficiente contar com um programa ou plano definido nessa área. Um terço dos países, contudo, não tem programa e um quarto não tem política nem programa. Essas constatações indicam a falta de empenho expresso em enfrentar problemas de saúde mental e a ausência dos requisitos para levar a cabo o planejamento, a coordenação e a avaliação das estratégias, serviços e capacidade na área de saúde mental no nível nacional (ver Figura 4.1).

DISPOSIÇÕES SOBRE SISTEMAS DE SAÚDE E FINANCIAMENTO

A política e a provisão de serviços de saúde mental ocorrem no contexto geral dos sistemas de saúde e esquemas de financiamento. Na formulação e implementação de políticas é necessário considerar as implicações desses esquemas para a prestação de serviços de saúde mental.

Nos últimos 30 anos, os sistemas de saúde dos países desenvolvidos evoluíram de um modelo altamente centralizado para um sistema descentralizado em que a responsabilidade pela implementação de políticas e provisão de serviços foi transferida das estruturas centrais para as locais. Esse processo afetou também a configuração dos sistemas de muitos países em desenvolvimento. Via de regra, observam-se dois principais aspectos da descentralização: reformas orientadas para a contenção de custos e a eficiência (abordadas nesta seção); e o uso de contratos com provedores de serviços públicos e privados (abordado mais adiante com relação à provisão de serviços de saúde mental).

Caixa 4.1 O Projeto Atlas

O projeto Atlas de Recursos de Saúde Mental da OMS é um dos mais recentes a examinar a situação atual dos sistemas de saúde mental nos países.¹ O projeto envolve 181 Estados Membros da OMS, cobrindo assim 98,7% da população mundial. A informação foi obtida dos ministérios da saúde no período de outubro de 2000 a março de 2001, usando um breve questionário, e foi validado parcialmente com base em relatórios de peritos e da literatura publicada. Embora essa informação dê uma indicação dos recursos de saúde mental no mundo, é preciso ter em mente certas limitações. A primeira é que a informação se baseia em notificação espontânea e não foi possível validar independentemente todas as respostas. Segundo, nem todos os Estados Membros responderam, e isso, juntamente com outros dados ausentes sobre aspectos da pesquisa, provavelmente terá viciado os resultados. Finalmente, os resultados não dão uma análise abrangente de todas as variáveis pertinentes à saúde mental, por isso deixando várias perguntas sem resposta.

¹ *Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas (2001)*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (Fact Sheet No. 260, abril de 2001).

As características do bom financiamento dos serviços de saúde mental não são diferentes do que seria o bom financiamento de serviços de saúde em geral (OMS 2000c, Capítulo 5). Existem três desideratos principais. Primeiro, o público precisa ser protegido contra riscos financeiros catastróficos, para o que é necessário minimizar os pagamentos do próprio bolso e, particularmente, exigir tais pagamentos somente para pequenas despesas com bens ou serviços financeiramente acessíveis. Todas as formas de pagamento antecipado, seja como parte da tributação geral, seja como contribuição obrigatória para a previdência social ou seguro privado voluntário, são preferíveis neste particular, porque combinam riscos e permitem que o uso dos serviços fique pelo menos parcialmente separado do pagamento por

eles. Muitas vezes, os problemas mentais são crônicos, e por isso, o que importa é não somente o custo de um tratamento ou serviço individual mas a probabilidade da sua repetição por longos períodos. O que estaria ao alcance de um indivíduo ou de uma família uma vez, numa crise, pode tornar-se inacessível a longo prazo, tal como ocorre com outros problemas crônicos não transmissíveis, como o diabetes.

Segundo, os sãos devem subsidiar os doentes. Qualquer mecanismo de pagamento antecipado faz isso em termos gerais—o que não ocorre com o pagamento do próprio bolso—mas o encaminhamento do subsídio na direção correta da saúde mental depende de ser o pagamento prévio destinado a cobrir necessidades específicas dos mentalmente enfermos. Nesse particular, poderia ser adequado um sistema de financiamento para muitos serviços, mas ainda sem transferir recursos dos sadios para os doentes no que se refere a problemas mentais ou de comportamento, simplesmente porque tais problemas não são cobertos. O efeito de determinado esquema de financiamento sobre a saúde mental depende, portanto, da escolha das intervenções a financiar.

Finalmente, um bom sistema de financiamento significará também a subsidiação dos pobres pelos ricos, pelo menos até certo ponto. Esta é a característica mais difícil de segurar porque depende da cobertura e da progressividade do sistema fiscal e de quem está coberto por seguro social ou privado. O seguro força os ricos a subsidiar os pobres somente se ambos os grupos estiverem incluídos, em vez de ser o seguro limitado aos ricos; e se as contribuições forem pelo menos parcialmente relacionadas com a renda, e não pagamentos uniformes ou relacionados somente com o risco. Como sempre, a magnitude e a direção do subsídio depende também dos serviços que sejam cobertos.

Tipicamente, o pagamento antecipado cobre uma parcela maior do gasto total em saúde nos países mais ricos, e isso tem repercussões no financiamento da saúde mental. Quando um governo cobre 70–80% de tudo quanto é gasto em saúde, como se observa em muitos países da OCDE, as decisões quanto à prioridade a atribuir à saúde mental podem ser diretamente implementadas através do orçamento, não tendo provavelmente mais do que pequena incidência no gasto privado. Quando um governo entra com apenas 20–30% do financiamento total, como na China, Chipre, Índia, Líbano, Mianmar, Nepal, Nigéria, Paquistão e Sudão (OMS 2000), e há pouca cobertura de seguros, a saúde mental provavelmente acaba sofrendo em relação a outros problemas de saúde porque a maior parte do gasto deve ser paga do próprio bolso. Os indivíduos com transtornos mentais, especialmente nos países em desenvolvimento, geralmente são mais pobres do que o resto da população e muitas vezes têm menos capacidade ou disposição para procurar atenção devido ao estigma ou a experiências anteriores negativas com os serviços, e assim, ter de pagar do seu próprio bolso ou do de suas famílias constitui um obstáculo ainda maior do que seria o caso em relação a muitos problemas de saúde física. Encontrar meios de aumentar a parcela de pagamento antecipado, particularmente para procedimentos caros ou repetidos, conforme recomenda o *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2000*, pode, portanto, beneficiar preferencialmente o gasto com saúde mental, desde que uma porção suficiente do pagamento adicional seja dedicada a transtornos mentais e comportamentais. O movimento na direção oposta—do pagamento antecipado para o gasto do próprio bolso, como ocorreu com a transição econômica em vários países da antiga União Soviética—provavelmente diminuirá os recursos para saúde mental.

Em países onde o pagamento antecipado representa uma parcela pequena e há dificuldades no levantamento de receitas tributárias ou na ampliação do seguro social, pelo fato de uma grande parte da população ser rural e não ter emprego formal, os esquemas de financiamento comunitário podem parecer uma forma atraente de reduzir o encargo dos

pagamentos do próprio bolso. Os indícios do seu sucesso até agora são escassos e mal definidos, devendo-se observar, porém, que, se não receberem subsídios substanciais de governos, organizações não-governamentais ou doadores externos, tais esquemas terão poucas probabilidades de resolver os problemas crônicos de uma parte facilmente identificável da população beneficiária. As pessoas que se dispõem a ajudar seus vizinhos em necessidades agudas de saúde mostrar-se-ão muito menos dispostas a contribuir para um apoio mais permanente. Assim, não se pode contar com elas como fonte significativa de financiamento da saúde mental: os serviços baseados na comunidade não devem implicar financiamento de base comunitária ou depender dele.

Aqueles mesmos países pobres muitas vezes dependem consideravelmente de doadores externos para custear a atenção de saúde. Tem-se aí uma fonte potencialmente valiosa de fundos para a saúde mental, tanto como para outros problemas, mas os doadores muitas vezes têm prioridades próprias que nem sempre coincidem com as do governo. De modo particular, eles hoje em dia raramente atribuem alta prioridade à saúde mental em relação às doenças transmissíveis. Nesse caso, cabe aos governos decidir se tentarão convencer os doadores a se alinhar mais estreitamente com as prioridades do país ou então a usar seus limitados recursos próprios em áreas negligenciadas pelos doadores, especialmente pela consagração de uma proporção maior de recursos nacionais a problemas mentais.

FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Dentro da política geral de saúde, é necessário dar especial consideração à política de saúde mental, bem como às políticas sobre álcool e drogas, quando nada devido à estigmatização e às violações de direitos humanos sofridas por muitas pessoas com tais transtornos mentais e comportamentais, bem como à ajuda de que uma grande proporção delas necessita para encontrar habitação apropriada e apoio à renda.

A formulação das políticas sobre saúde mental, álcool e drogas deve ser levada a cabo no contexto de um complexo corpo de políticas governamentais de saúde, bem-estar e sociais gerais. As realidades sociais, políticas e econômicas devem ser reconhecidas nos níveis local, regional e nacional. Na formulação dessas políticas, deve-se levantar diversas questões (ver Caixa 4.2).

Caixa 4.2 Questões chaves na formulação de políticas

A bem-sucedida formulação de uma política de saúde mental depende de assegurar que ela responda afirmativamente às seguintes perguntas:

- A política promove o desenvolvimento da atenção baseada na comunidade?
- Os serviços são abrangentes e integrados na atenção primária de saúde?
- A política estimula a formação de parcerias entre indivíduos, famílias e profissionais de saúde?
- A política promove a emancipação de indivíduos, famílias e comunidades?
- A política cria um sistema que respeita, protege e fomenta os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais?
- Faz-se uso sempre que possível de práticas com bases factuais?
- Existe um suprimento adequado de provedores de serviços adequadamente treinado, para garantir que a política possa ser implementada?
- São reconhecidas as necessidades especiais de mulheres, crianças e adolescentes?
- Os serviços de saúde mental estão equiparados aos outros serviços de saúde?
- A política requer monitorização e avaliação contínua dos serviços?
- A política cria um sistema que responde às necessidades das populações insuficientemente servidas e vulneráveis?
- É dada atenção adequada às estratégias de prevenção e promoção?

• A política fomenta a vinculação intersectorial do setor da saúde mental com outros setores?

As políticas sobre álcool e drogas constituem uma questão especial, porque precisam incluir a aplicação das leis e outros controles sobre o suprimento de substâncias psicoativas e considerar a variedade de opções para fazer face às conseqüências negativas do uso de substâncias que constituem uma ameaça à segurança pública, além de cobrir educação, prevenção, tratamento e reabilitação (OMS 1998).

Um passo importante na elaboração de uma política de saúde mental é a identificação pelo governo dos responsáveis por sua formulação. O processo de elaboração de políticas tem de incluir necessariamente uma ampla variedade de interessados: pacientes (por vezes denominados usuários), familiares, profissionais, formuladores de políticas e outras partes interessadas. Alguns, como os empregados e membros do sistema de justiça criminal, podem não se considerar interessados, mas é necessário convencê-los da importância da sua participação. A política deve fixar prioridades e delinear abordagens, com base nas necessidades identificadas e levando em conta os recursos disponíveis.

Em alguns países, a saúde mental está sendo integrada na atenção primária de saúde, mas não estão sendo executadas reformas fundamentais nos hospitais psiquiátricos e em relação às opções de base comunitária. Importantes reformas nos setores da saúde, em curso em muitos países, oferecem oportunidades para fortalecer a posição da saúde mental dentro deles e iniciar o processo de integração nos níveis de política, dos serviços de saúde e da comunidade. Em Uganda (ver Caixa 4.3), por exemplo, até recentemente se dava baixa prioridade à saúde mental.

Caixa 4.3 Reforma da saúde mental em Uganda

Os serviços de saúde mental em Uganda foram descentralizados na década de 1960 e foram instaladas unidades de saúde mental em hospitais de referência regionais. Essas unidades assemelhavam-se a prisões e eram guardadas por funcionários com treinamento em psiquiatria. Os serviços eram dificultados pelo baixo moral dos funcionários, por uma escassez crônica de medicamentos e falta de fundos para quaisquer atividades comunitárias. A maioria das pessoas pouco compreendia os distúrbios mentais ou não tinha conhecimento da disponibilidade de tratamentos e serviços efetivos. Até 80% dos pacientes procuravam curandeiros tradicionais antes de se apresentarem ao sistema de saúde.¹

Em 1996, encorajado pela OMS, o Ministério da Saúde começou a fortalecer os serviços de saúde mental e a integrá-los na atenção primária de saúde. Foram formulados padrões e normas para a atenção da epilepsia e para a saúde mental de crianças e adultos, do nível comunitário às instituições terciárias. Os trabalhadores em saúde receberam treinamento para reconhecer e manejar ou encaminhar problemas mentais e transtornos neurológicos comuns. Estabeleceu-se um novo sistema de referência juntamente com uma rede de apoio de supervisão. Foram estabelecidas ligações com outros programas, como os sobre AIDS, saúde do adolescente e reprodutiva e educação em saúde. Envidaram-se esforços para fomentar a consciência da saúde mental na população geral. A Lei de Saúde Pública foi reformulada e integrada na Lei dos Serviços de Saúde. Medicamentos para distúrbios mentais e neurológicos foram incluídos na lista de medicamentos essenciais.

A saúde mental foi incluída como componente do pacote nacional de atenção mínima de saúde. Hoje, a saúde mental faz parte do orçamento do Ministério da Saúde. Estão para ser instaladas unidades de saúde mental em 6 dos 10 hospitais de referência regionais e a capacidade do hospital psiquiátrico nacional de 900 leitos deverá ser reduzida à metade.

¹ Baingana F (1990). Comunicação pessoal.

ESTABELECIMENTO DE UMA BASE DE INFORMAÇÃO

A formulação de políticas deve basear-se em informações atualizadas e idôneas com respeito à comunidade, indicadores de saúde mental, tratamentos eficazes, estratégias de

prevenção e promoção e recursos para a saúde mental. A política terá de ser periodicamente revista para permitir a modificação ou atualização de programas.

Uma tarefa importante é a coleta e análise de informações epidemiológicas para identificar os grandes determinantes psicossociais dos problemas mentais, bem como para proporcionar informações quantitativas sobre o grau e o tipo de problemas na comunidade. Outra tarefa importante é levar a cabo um amplo levantamento dos recursos e das estruturas existentes nas comunidades e regiões, juntamente com uma análise crítica da medida em que eles estão atendendo às necessidades definidas. Neste particular, é útil usar uma “matriz econômica mista” para levantar o mapa dos diferentes setores provedores, como são eles dotados de recursos e as maneiras pelas quais se vinculam tais setores e recursos. Os serviços de saúde mental e correlatos, como o apoio da previdência social e a habitação, poderiam ser proporcionados por organizações ou grupos públicos (o Estado), privados (com objetivo de lucro), voluntários (sem fins lucrativos) ou informais (família ou comunidade). A realidade para a maioria das pessoas é que elas receberão apenas alguns serviços informais, juntamente com apoio informal da família, de amigos e da comunidade. Esses serviços provavelmente serão financiados por uma combinação de cinco modalidades de recursos: do próprio bolso, planos de seguros privados, seguro social, tributação geral e doações de instituições beneficentes (organizações não-governamentais). Uma vez estabelecida a matriz, pode-se levar a cabo uma análise mais sistemática dos tipos e da qualidade dos serviços, seus principais provedores e as questões de acesso e equidade.

Tanto a formulação como a avaliação de políticas requer a existência de um sistema de informação que funcione bem e seja bem coordenado para aferir um número mínimo de indicadores de saúde mental. Atualmente, cerca de um terço dos países não conta com sistemas de comunicação anual de dados sobre saúde mental. Os que contam com tais sistemas muitas vezes carecem de informações suficientemente detalhadas para permitir a avaliação da efetividade de políticas, serviços e tratamentos. Cerca de metade dos países não possui os meios necessários para colher dados epidemiológicos ou de serviço no nível nacional.

Os governos necessitam investir recursos no desenvolvimento de sistemas de monitorização da informação que incorporem indicadores para os principais determinantes demográficos e socioeconômicos da saúde mental, a situação da saúde mental da população geral e a dos que estão em tratamento (incluindo categorias específicas de diagnóstico por idade e sexo), bem como dos sistemas de saúde. Para estes, os indicadores poderiam incluir, por exemplo, o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o número de admissões e readmissões hospitalares, a duração da permanência, a duração da doença no primeiro contato, padrões de utilização do tratamento, índices de recuperação, número de visitas de pacientes ambulatoriais, frequência de visitas para atenção primária, frequência e dosagem de medicamentos e número de membros do pessoal e dispositivos de treinamento.

Os métodos de medição poderiam incluir pesquisas de população, coleta sistemática de dados de pacientes tratados nos níveis terciário, secundário e primário de atenção e o uso de dados sobre mortalidade. A configuração dos sistemas implantados nos países deve possibilitar o cotejo e a análise sistemática no nível nacional de informações levantadas nos níveis local e regional.

DESTAQUE DOS GRUPOS VULNERÁVEIS E PROBLEMAS ESPECIAIS

A política deve pôr em destaque os grupos vulneráveis que apresentam necessidades especiais de saúde mental. Na maioria dos países, tais grupos compreenderiam crianças, pessoas idosas e mulheres submetidas a sevícias. É provável que existam também grupos

vulneráveis específicos do ambiente socioeconômico dentro dos países, com, por exemplo, refugiados e pessoas deslocadas em regiões onde estão ocorrendo guerras civis ou conflitos internos.

Para as **crianças**, as políticas devem visar a prevenção de incapacidade mental infantil mediante nutrição adequada, atenção pré-natal e perinatal, evitação do consumo de álcool e drogas durante a gravidez, imunização, iodetação do sal, medidas de segurança da criança, tratamento de transtornos comuns na infância como a epilepsia, detecção precoce no nível de atenção primária, identificação precoce e promoção da saúde através das escolas. Esta última é viável, como o mostra a experiência de Alexandria, Egito, onde conselheiros para a criança receberam treinamento para trabalhar em escolas com vistas à detecção e tratamento de transtornos mentais e comportamentais da infância (El-Din *et al.* 1996). A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança reconhece que as crianças e adolescentes têm direito a serviços apropriados (ONU 1989). Os serviços para os jovens, que devem ser coordenados com as escolas e a atenção primária de saúde, podem abordar a saúde mental e física de uma forma integrada e abrangente, cobrindo problemas tais como gravidez precoce e não desejada, uso de fumo, álcool e outras substâncias, comportamento violento, tentativa de suicídio e prevenção de HIV e doenças sexualmente transmissíveis.

Para os **idosos**, as políticas devem apoiar e aprimorar a atenção já proporcionada a eles por suas famílias, incorporar a avaliação e o manejo da saúde mental nos serviços gerais de saúde e proporcionar atenção para dar folga a membros da família, que são frequentemente os principais provedores de atenção.

Para as **mulheres**, as políticas precisam superar a discriminação no acesso a serviços de saúde mental, tratamento e serviços comunitários. Há que criar serviços na comunidade e nos níveis de atenção primária e secundária para apoiar as mulheres que sofreram violência sexual, doméstica ou de outras formas, bem como para aquelas que têm também problemas de uso de álcool e substâncias.

Para os **refugiados e grupos deslocados** dentro do próprio país, as políticas devem fazer face a problemas de habitação, emprego, abrigo, vestuário e alimentação, bem como aos efeitos psicológicos e emocionais resultantes de guerras, deslocamento e perda de entes queridos. A intervenção da comunidade deve ser a base da ação no âmbito das políticas.

Diante das especificidades do **comportamento suicida**, as políticas devem reduzir os fatores ambientais, particularmente o acesso aos meios usados mais frequentemente para cometer suicídio em dado lugar. As políticas devem assegurar a atenção para indivíduos em risco, particularmente os que têm transtornos mentais e os sobreviventes de tentativas de suicídio.

Os **problemas relacionados com o álcool** não se limitam às pessoas que dependem do álcool. A ação de saúde pública deve ser dirigida para toda a população usuária, mais do que aos usuários que são dependentes do álcool. A viabilidade política, a capacidade de resposta do país em questão, a aceitação por parte do público e a probabilidade de impacto têm de ser consideradas ao serem determinadas as políticas. As políticas mais efetivas de controle do álcool envolvem a elevação do seu preço geral e dos impostos aplicáveis às bebidas alcoólicas; a restrição do seu consumo mediante o controle da sua disponibilidade, incluindo o uso de legislação sobre idade mínima em que seria permitido beber e limitação do número, dos tipos e das horas de serviço dos estabelecimentos que servem ou vendem álcool; leis para os que dirigem embriagados; e sensibilização dos próprios fornecedores (mediante políticas e treinamento com vistas à recusa de servir álcool a pessoas embriagadas). São também importantes o controle da publicidade do álcool, especialmente a que é dirigida para os jovens; a provisão de educação pública sobre as conseqüências negativas do consumo de

álcool (por exemplo, através de comunicação de massa e campanhas de *marketing* social); rótulos com advertências; controle rigoroso da segurança dos produtos; e implementação de medidas contra a produção e venda ilegal de bebidas alcoólicas. Finalmente, a provisão de tratamento para pessoas com problemas relacionados com o álcool deve fazer parte das responsabilidades da sociedade no tocante à atenção de saúde e à assistência social (Jernigan *et al.* 2000).

As políticas pertinentes a drogas ilícitas devem ter em vista o controle do suprimento dessas drogas, a redução da demanda mediante prevenção e outros meios, a redução das conseqüências negativas da dependência de drogas e a provisão de tratamento. Essas políticas devem ter por alvo a população geral e vários grupos em risco. O desenvolvimento de programas e serviços efetivos requer uma compreensão da extensão do uso de drogas e dos problemas correlatos, bem como da forma pela qual eles se alteram com o tempo, de acordo com os padrões de uso de substâncias. É preciso que a divulgação de informações seja correta e apropriada para o grupo alvo. Essa divulgação deve evitar o sensacionalismo, promover a competência psicossocial mediante aptidões para a vida e conferir aos indivíduos poderes para fazer escolhas mais saudáveis com relação ao uso de substâncias por parte deles. Como o uso de substâncias está estreitamente ligado com diversos problemas sociais e com a exclusão, os esforços pela prevenção provavelmente lograrão maior êxito se estiverem integrados com estratégias que busquem a melhoria da vida das pessoas e comunidades, inclusive o acesso à educação e à atenção de saúde.

RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS

As políticas e programas de saúde mental devem promover os seguintes direitos: igualdade e não discriminação; o direito à privacidade; autonomia individual; integridade física; direito à informação e participação; e liberdade de religião, reunião e movimento.

Os instrumentos sobre direitos humanos exigem também que todo planejamento ou elaboração de políticas ou programas de saúde mental envolva grupos vulneráveis (como as populações indígenas e tribais, as minorias nacionais, étnicas, religiosas e lingüísticas, os trabalhadores migrantes, os refugiados e os apátridas, as crianças e adolescentes, e os velhos).

Além da *Convenção Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos* e da *Convenção Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*, que tem força de lei e que se aplicam aos direitos humanos dos que sofrem transtornos mentais e comportamentais, o mais significativo e sério esforço internacional para proteger os direitos dos mentalmente enfermos é a Resolução 46/119, da Assembléia Geral das Nações Unidas, sobre a *Proteção das Pessoas com Doenças Mentais e Melhoria da Atenção em saúde mental*, adotada em 1991 (ONU 1991). Embora não tenha validade jurídica, a resolução reúne um conjunto de direitos básicos que a comunidade internacional considera invioláveis seja na comunidade, seja quando as pessoas mentalmente enfermas recebem tratamento do sistema de saúde. Há 25 princípios que caem em duas categorias gerais: direitos e procedimentos civis, e acesso à atenção de qualidade. Os princípios incluem declarações das liberdades fundamentais e dos direitos básicos das pessoas mentalmente enfermas, critérios para a determinação das doenças mentais, proteção da confidencialidade, padrões de atenção e tratamento, inclusive admissão involuntária e consentimento para o tratamento, direitos das pessoas mentalmente enfermas em estabelecimentos de saúde mental, provisão de recursos para tais estabelecimentos, provisão de mecanismos de revisão, provisão de proteção dos direitos dos delinqüentes mentalmente enfermos e salvaguardas procedimentais para proteger os direitos das pessoas mentalmente enfermas.

A *Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança* (1989) dá orientação para o desenvolvimento de políticas especificamente relevantes para crianças e adolescentes. Ela cobre a proteção contra todas as formas de maus-tratos físicos e mentais, não discriminação, o direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento, os interesses superiores da criança e respeito aos seus pontos de vista.

Existem também vários instrumentos regionais para proteger os direitos dos doentes mentais, inclusive a *Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais*, que tem apoio da Corte Européia de Direitos Humanos; a *Recomendação 1235 (1994) sobre Psiquiatria e Direitos Humanos*, adotada pela Assembléia Parlamentar do Conselho da Europa; a *Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1978*; e a *Declaração de Caracas*, adotada pela Conferência Regional sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina em 1990 (ver Caixa 3.3).

Os organismos que monitorizam os tratados sobre direitos humanos representam um exemplo de subutilização de meios de fortalecer a chamada dos governos à responsabilidade com referência à saúde mental e de conformar o direito internacional visando a consideração de questões de saúde mental. As organizações não-governamentais e as profissões médicas e de saúde pública devem ser encorajadas a fazer uso desses mecanismos existentes para impelir os governos a proporcionar recursos para o cumprimento das suas obrigações relativas à atenção de saúde para as pessoas com transtornos mentais, protegendo-as contra discriminação na sociedade e salvaguardando outros direitos humanos pertinentes.

LEGISLAÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL

A legislação sobre saúde mental deve codificar e consolidar os princípios fundamentais, valores, metas e objetivos da política de saúde mental. Esse tipo de legislação é indispensável para garantir que a dignidade dos pacientes seja preservada e que seus direitos humanos fundamentais sejam protegidos.

Dos 160 países que forneceram informações sobre legislação (OMS 2001), quase um quarto não tem leis sobre saúde mental (Figura 4.1). Aproximadamente metade das leis existentes foi formulada na última década, mas quase um quinto remonta a mais de 40 anos, a um período anterior à disponibilidade da maioria dos métodos de tratamento atuais.

Os governos precisam formular leis nacionais atualizadas para a saúde mental, que sejam condizentes com as obrigações internacionais na área dos direitos humanos e que apliquem os importantes princípios acima mencionados, inclusive a Resolução 46/119 da Assembléia Geral das Nações Unidas.

A PROVISÃO DE SERVIÇOS

Muitas barreiras limitam a disseminação de intervenções efetivas para transtornos mentais e comportamentais (Figura 4.2). As barreiras específicas dentro dos sistemas de saúde variam entre os países, havendo, porém, certos aspectos comuns relacionados com a falta absoluta de serviços de saúde mental, a má qualidade do tratamento e dos serviços e problemas de acesso e equidade.

Embora muitos países tenham realizado reformas ou se achem no processo de reformar seus sistemas de saúde mental, o alcance e os tipos de reforma também variam tremendamente. Nenhum país logrou efetivar todo o espectro de reformas necessárias para superar todas as barreiras. A Itália reformou com êxito os seus serviços psiquiátricos mas não tocou nos serviços de atenção primária (Caixa 4.4). Na Austrália (Caixa 4.5) os gastos em

saúde mental subiram e houve uma mudança em favor da atenção na comunidade. Houve também tentativas de integrar a saúde mental na atenção primária e aumentar a participação dos usuários no processo decisório. A atenção comunitária, contudo, tem sido extremamente débil em certos lugares.

Embora não sejam recomendadas instituições psiquiátricas com grande número de leitos para a atenção em saúde mental, é essencial contar com certo número de leitos em hospitais gerais para atenção em casos agudos. Há considerável variação no número de leitos disponíveis para atenção em saúde mental (Figura 4.3). O número mediano para a população mundial é 1,5 por 10.000 habitantes, variando de 0,33 na Região do Sudeste Asiático da OMS a 9,3 na Região da Europa. Para quase dois terços da população mundial, mais da metade de todos os leitos ainda estão em instituições psiquiátricas, que muitas vezes oferecem serviços de tipo carcerário mais do que atenção em saúde mental. O fato é que, em muitos países, grandes instituições terciárias, com serviços para casos agudos e de longa permanência, continuam sendo o meio predominante de provisão de atenção e tratamento. Tais dispositivos estão associados com resultados indesejáveis e violações dos direitos humanos.

O fato de que o orçamento de saúde mental em muitos países está voltado para a manutenção da atenção institucional significa que são poucos ou inexistentes os recursos disponíveis para serviços mais eficientes em hospitais gerais e na comunidade. Os dados indicam que não há serviços baseados na comunidade disponíveis em 38% dos países. Mesmo naqueles que promovem a atenção comunitária, a cobertura longe está de ser completa. Dentro dos países, há grandes variações entre regiões e entre áreas rurais e urbanas (ver Caixa 4.6).

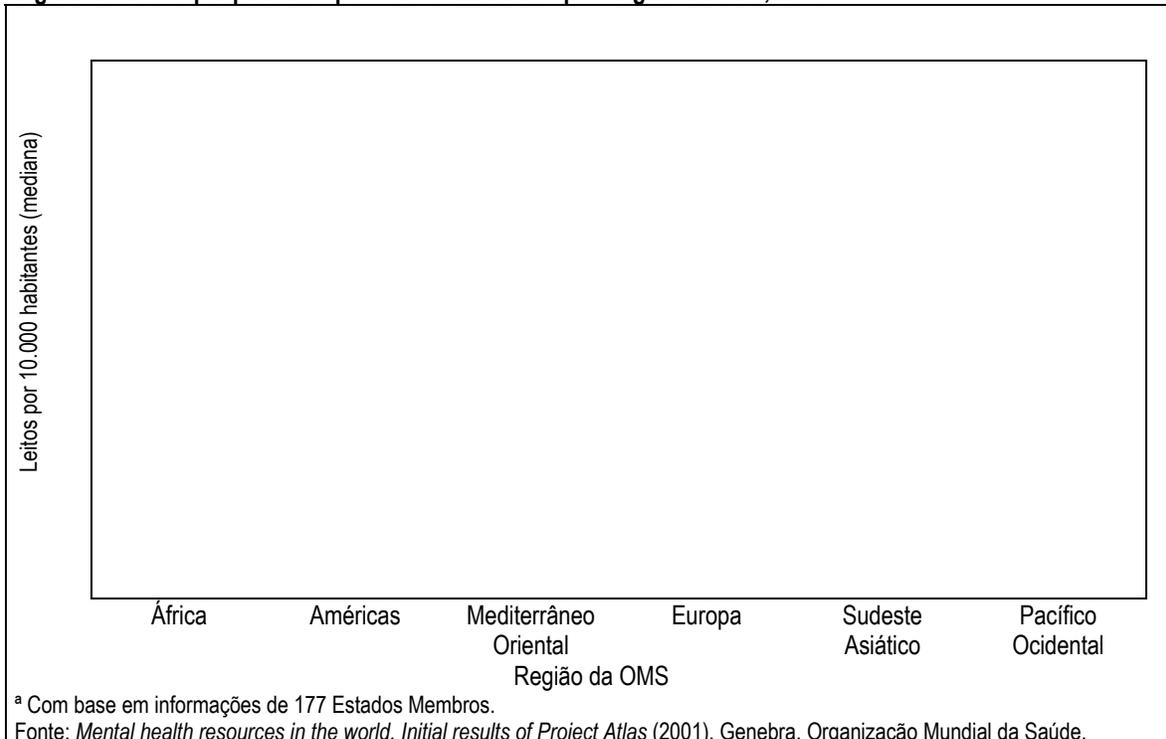
Figura 4.2 Barreiras à implementação de intervenções efetivas para transtornos mentais

Estigma e discriminação	
Nível de políticas	Nível de sistemas de saúde
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Extensão do problema desproporcional para os limitados recursos orçamentários para saúde mental ▶ Política de saúde mental inadequada ou ausente ▶ Legislação sobre saúde mental inadequada ou ausente ▶ Seguro-saúde que discrimina contra pessoas com transtornos mentais e comportamentais (por exemplo, co-pagamento) 	<ul style="list-style-type: none"> Grandes instituições terciárias ▶ Estigmatização, condições hospitalares deficientes, violações de direitos humanos e custos elevados ▶ Tratamento e atenção inadequados Atenção de saúde primária ▶ Falta de sensibilidade, aptidões, treinamento e supervisão para saúde mental ▶ Infra-estrutura mal desenvolvida Serviços comunitários de saúde mental ▶ Falta de serviços, insuficiência de recursos Recursos humanos ▶ Falta de especialistas e trabalhadores em saúde geral com conhecimentos e aptidões para manejar transtornos em todos os diferentes níveis de atenção Drogas psicotrópicas ▶ Insuficiente abastecimento e distribuição de psicotrópicos em todos os níveis de atenção Coordenação de serviços ▶ Má coordenação entre serviços, incluindo setores não ligados à saúde
Guerra e conflito	Catástrofes
	Urbanização
	Pobreza

Na maioria dos países, os serviços de saúde mental precisam ser avaliados, reavaliados e reformulados para proporcionar o melhor tratamento e atenção disponível. Há maneiras de melhorar a organização dos serviços, mesmo com recursos limitados, de tal forma que os

que deles necessitem possam fazer pleno uso dos mesmos. A primeira é retirar a atenção dos hospitais psiquiátricos; a segunda, desenvolver serviços comunitários de saúde mental; e a terceira, integrar os serviços de saúde mental na atenção de saúde geral. O grau de colaboração entre serviços de saúde mental e outros serviços não relacionados com a saúde, a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos essenciais, os métodos de seleção de intervenções de saúde mental e os papéis dos setores público e privado na efetivação de intervenções também são questões cruciais para a reorganização dos serviços, como se expõe abaixo.

Figura 4.3 Leitos psiquiátricos por 10.000 habitantes por Região da OMS, 2000^a



Caixa 4.4 Reforma da saúde mental na Itália

Há 20 anos, o Parlamento italiano aprovou a “Lei 180”, que tinha por finalidade produzir uma mudança radical na atenção psiquiátrica em todo o país. A lei compreendia legislação marco (*legge quadro*) que conferia às regiões as tarefas de formular e implementar normas, métodos e cronogramas detalhados para conversão dos princípios gerais da lei em ação específica. Para o manejo de doenças psiquiátricas, foram estabelecidas três alternativas para os hospitais psiquiátricos: leitos psiquiátricos em hospitais gerais, dependências residenciais não hospitalares, com pessoal em tempo integral e parcial, e dependências ambulatoriais não residenciais, incluindo hospitais diurnos, centros diurnos e clínicas ambulatoriais.¹

Nos primeiros dez anos após a aprovação da lei, o número de hospitais para doentes mentais caiu 53%. O número total desativado nas duas últimas décadas, porém, não é conhecido com precisão. As admissões compulsórias como percentagem das admissões psiquiátricas totais acusaram declínio constante, de cerca de 50% em 1975 para cerca de 20% em 1984 e 11,8% em 1994. O fenômeno da “porta giratória”—readmissão de pacientes que receberam alta—é evidente somente em áreas onde faltam serviços de base comunitária eficientes e bem organizados.

Mesmo no contexto dos novos serviços, pesquisas recentes mostram que os pacientes psiquiátricos poucas probabilidades têm de receber uma farmacoterapia ideal, e os modelos de tratamento psicossocial baseados em evidência são desigualmente distribuídos entre os serviços de saúde mental. Por exemplo, embora a intervenção psicoeducacional seja geralmente considerada como essencial na atenção de pacientes com esquizofrenia, somente 8% das famílias receberam alguma forma de tratamento desse tipo. Os minguados dados disponíveis parecem mostrar que as famílias assumiram informalmente parte da atenção dos familiares enfermos, que antes era responsabilidade do

hospital psiquiátrico. Pelo menos algumas das vantagens para os pacientes parecem ser imputáveis mais ao apoio familiar cotidiano do que aos serviços proporcionados.

Podem-se extrair as seguintes lições: primeiro, não se pode lograr a transição de um serviço de base predominantemente hospitalar para um serviço predominantemente baseado na comunidade pelo simples fechamento das instituições psiquiátricas: é preciso proporcionar estruturas alternativas apropriadas, como se verificou na Itália. Segundo, é necessário empenho político e administrativo para que a atenção baseada na comunidade seja efetiva. Será preciso fazer investimentos em construções, treinamento de pessoal e provisão de dependências de apoio. Terceiro, a monitorização e a avaliação são aspectos importantes da mudança: o planejamento e a avaliação devem andar ombro a ombro e a avaliação deve ter, quando possível, uma base epidemiológica. Finalmente, uma lei de reforma deve não somente proporcionar diretrizes (como na Itália), como deve ser também prescritiva: será preciso estabelecer padrões mínimos em termos de atenção e na implantação de um sistema de monitorização digno de crédito; será necessário formular cronogramas compulsórios para implementação dos serviços previstos; e há necessidade de mecanismos centrais para verificação, controle e comparação da qualidade dos serviços.

¹ de Girolamo G, Cozza M (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4): 197-214.

REMOÇÃO DA ATENÇÃO DOS GRANDES HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

A meta final é o tratamento e atenção com base na comunidade. Isso implica o fechamento dos grandes hospitais psiquiátricos (ver Tabela 4.1). Fazer isso imediatamente pode não ser realístico. Como medida de curto prazo, isto é, até que todos os pacientes possam ser liberados na comunidade, com apoio comunitário adequado, será preciso redimensionar para menos os hospitais psiquiátricos, melhorar as condições de vida dos pacientes, treinar pessoal, estabelecer procedimentos para proteger os pacientes contra admissões involuntárias e tratamentos supérfluos e criar entidades independentes para monitorizar e revisar as condições hospitalares. Além disso, será preciso converter os hospitais em centros de tratamento ativo e reabilitação.

Caixa 4.5 Reforma da saúde mental na Austrália

Na Austrália, onde a depressão situa-se em quarto lugar entre as causas mais comuns da carga global de doenças e a causa mais comum de incapacitação,¹ a primeira estratégia nacional de saúde mental do país foi adotada em 1992 pelo Governo federal e pelos ministros da saúde de todos os estados. Estabeleceu-se uma estrutura de colaboração para buscar as prioridades acordadas durante um período de cinco anos (1993–98).

Esse programa quinquenal demonstrou as mudanças que podem ser obtidas na reforma nacional da saúde mental. A despesa nacional com saúde mental cresceu 30% em termos reais, ao passo que os gastos em serviços de base comunitária cresceram 87%. Em 1998, a proporção da despesa com saúde mental dedicada à atenção de pessoas na comunidade subiu de 29% para 46%. Os recursos liberados com o redimensionamento institucional cobriram 48% do crescimento dos serviços baseados na comunidade e nos hospitais gerais. O número de membros dos quadros clínicos que proporcionam atenção comunitária cresceu 68%, acompanhando o aumento da despesa.

As instituições psiquiátricas isoladas, às quais eram antes destinados 49% dos recursos totais para saúde mental, viram reduzida a sua quota a 29% daqueles recursos, enquanto o número de leitos nas instituições caiu em 42%. Ao mesmo tempo, o número de leitos para casos psiquiátricos agudos em hospitais gerais cresceu 34%. Foram criados mecanismos para participação dos usuários e cuidadores por 61% das organizações públicas de saúde mental. O setor governamental aumentou a sua participação geral no financiamento para a saúde mental de 2% para 5%, e os fundos consignados a organizações não-governamentais para dar apoio comunitário a pessoas com incapacidade psiquiátrica cresceram 200%.

¹ Whiteford H *et al.* (2000). The Australian mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4): 403-417.

DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE MENTAL

Os serviços comunitários de saúde mental precisam proporcionar tratamento e atenção de caráter geral e base local que estejam realmente ao alcance dos pacientes e suas famílias. Os serviços devem ser abrangentes no sentido da provisão de uma série de estabelecimentos para atender às necessidades de saúde mental da população geral, bom como de grupos especiais tais como as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos. Em condições ideais, os serviços deveriam abranger nutrição, provisão para admissão de casos agudos em hospitais gerais, atenção ambulatorial, centros comunitários, serviços periféricos, lares residenciais, substitutos para as folgas de familiares e cuidadores, apoio ocupacional, vocacional e de reabilitação, e necessidades básicas tais como abrigo e vestuário (ver Tabela 4.1). Se estiver sendo buscada a desinstitucionalização, devem-se desenvolver serviços comunitários paralelamente. Todas as funções positivas da instituição devem ser reproduzidas na comunidade, sem perpetuar os aspectos negativos.

Três recomendações-chaves para financiamento devem ser consideradas. A primeira é liberar recursos para o desenvolvimento de serviços comunitários mediante o fechamento parcial de hospitais. A segunda é usar financiamento transitório para investimento inicial em novos serviços, a fim de facilitar a passagem dos hospitais para a comunidade. A terceira é manter financiamento paralelo para continuar a cobertura financeira de certo nível de atenção institucional depois de estabelecidos os serviços baseados na comunidade.

Os países enfrentam problemas nas suas tentativas de criar uma atenção em saúde mental abrangente em virtude da escassez de recursos financeiros. Embora seja possível em alguns países reorientar ou reinvestir os fundos na atenção comunitária em consequência da desinstitucionalização, raramente isso basta em si mesmo. Em outros países, pode ser difícil a reorientação de fundos. Na África do Sul, por exemplo, onde os orçamentos são integrados dentro dos vários níveis de atenção primária, secundária e terciária, muito embora tenha sido adotada uma política de desinstitucionalização, é difícil transferir para a atenção primária ou para o nível de atenção comunitária verbas aplicadas na atenção hospitalar. Mesmo que o dinheiro possa ser retirado do orçamento hospitalar, poucas são as garantias de que ele será efetivamente utilizado em programas de saúde mental no nível comunitário. Devido a restrições orçamentárias, tudo indica que a atenção abrangente baseada na comunidade tem poucas probabilidades de ser uma opção viável sem o apoio dos serviços de atenção primária e secundária.

INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NOS SERVIÇOS GERAIS DE SAÚDE

A integração da atenção em saúde mental nos serviços gerais de saúde, especialmente no nível da atenção primária de saúde, oferece muitas vantagens, a saber: menos estigmatização dos pacientes e do pessoal, pelo fato de estarem os transtornos mentais e comportamentais observados e controlados juntamente com problemas de saúde física; melhor triagem e tratamento, e especialmente melhores taxas de detecção de pacientes com queixas somáticas mal definidas aparentadas com distúrbios mentais e de comportamento; potencial de tratamento melhor dos problemas físicos dos que sofrem doenças mentais e vice-versa; e melhor tratamento dos aspectos mentais associados com problemas “físicos”. Para o administrador, as vantagens compreendem uma infra-estrutura compartilhada que resulta em economias de custo-eficiência, potencial para proporcionar cobertura universal na atenção em saúde mental e uso de recursos comunitários que podem compensar parcialmente a limitada disponibilidade de pessoal de saúde mental.

Tabela 4.1 Efeitos da transferência de funções do hospital psiquiátrico tradicional para a atenção comunitária

Funções do hospital psiquiátrico tradicional	Efeitos da transferência sobre a atenção comunitária
Tratamento ativo para permanências de duração curta ou intermediária	Tratamento mantido ou melhorado, mas com resultados não generalizáveis
Custódia de longa duração	Geralmente melhorada em lares residenciais para aqueles que necessitam de apoio maior e prolongado
Proteção contra a exploração	Alguns pacientes continuam vulneráveis à exploração física, sexual e financeira
Serviços de atenção diurna e ambulatorial	Podem ser melhorados se forem desenvolvidos serviços locais acessíveis, ou podem deteriorar-se se não forem; muitas vezes é necessário renegociar responsabilidades entre organismos de saúde e sociais
Serviços ocupacionais, vocacionais e de reabilitação	Melhorados em ambientes normais
Abrigo, vestuário, nutrição e renda básica	Em risco; daí a necessidade de esclarecer as responsabilidades e a coordenação
Folga para familiares e cuidadores	Geralmente sem alteração: lugar de tratamento no lar compensado por potencial de maior apoio profissional à família
Pesquisa e treinamento	A descentralização traz novas oportunidades

Fonte: Thornicroft G, Tansella M (2000). *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (documento inédito).

A integração exige uma cuidadosa análise do que é e do que não é possível para o tratamento e atenção de problemas mentais em diferentes níveis de atenção. Por exemplo, as estratégias de intervenção precoce para o álcool são implementadas mais efetivamente no nível primário de atenção, mas as psicoses agudas poderiam ser mais bem manejadas num nível mais alto para se beneficiarem da disponibilidade de maior perícia, dependências para pesquisa e medicamentos especializados. Os pacientes devem ser então encaminhados novamente ao nível primário para continuação do controle, dado que o pessoal de saúde primária está em melhor posição para dar apoio contínuo aos pacientes e suas famílias.

As formas específicas pelas quais a saúde mental deve ser integrada na atenção geral de saúde dependerão em grande parte da atual função e do status dos níveis de atenção primária, secundária e terciária dentro dos sistemas de saúde dos países. O Caixa 4.7 mostra resumidamente experiências de integração de serviços no Camboja, Índia e República Islâmica do Irã. Para que a integração seja bem sucedida, os formuladores de políticas devem levar em consideração o seguinte:

- O pessoal de saúde geral deve possuir conhecimentos, aptidões e motivação para tratar e controlar pacientes que sofrem transtornos mentais.
- É preciso que haja um número suficiente de membros do pessoal com conhecimentos e autoridade para receitar psicotrópicos nos níveis primário e secundário.
- Devem existir psicotrópicos básicos disponíveis nos níveis de atenção primária e secundária.

- Cumpre aos especialistas em saúde mental dar apoio ao pessoal de atenção de saúde geral e monitorizá-lo.
- É necessário que existam elos de referência efetivos entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária.
- É preciso redistribuir recursos financeiros do nível terciário de atenção para o secundário e o primário ou consignar novas verbas.
- É preciso estabelecer sistemas de registro para permitir a contínua monitorização, avaliação e atualização das atividades integradas.

Caixa 4.6 Serviços de saúde mental: o desequilíbrio urbano-rural

A Província de Neuquén, na **Argentina**, proporciona atenção em saúde mental tanto a comunidades urbanas como a comunidades rurais remotas, mas o peso dos recursos humanos especializados em saúde mental ainda vai mais para os centros urbanos. As cidades têm clínicas de atenção primária, unidades psiquiátricas de nível secundário em hospitais gerais e centros terciários de saúde mental, ao passo que as comunidades rurais são atendidas por trabalhadores de saúde comunitários, visitas quinzenais de clínicos gerais e postos locais de atenção de saúde primária. Assim, também, existe na capital um programa de reabilitação de base comunitária para pacientes com doenças mentais graves que não tem correspondente nas áreas rurais da província.² Na **Nigéria**, os hospitais urbanos contam com mais pessoal médico e suas unidades de apoio funcionam mais eficientemente em comparação com os hospitais governamentais do país.³ Na **Costa Rica**, a maior parte dos trabalhadores em atenção em saúde mental ainda está concentrada em cidades e vilas, havendo carência de pessoal nas regiões rurais.⁴ Entre os **países árabes**, geralmente são encontradas instalações comunitárias de atenção em saúde mental somente nas grandes cidades.⁵ Embora a **Arábia Saudita** tenha clínicas psiquiátricas dentro de alguns hospitais gerais em áreas rurais.⁶ .. Também na **Índia**, apesar da ênfase dada ao desenvolvimento de serviços rurais, a maioria dos profissionais em saúde mental mora em áreas urbanas.⁷ Na **China**, a provisão de serviços comunitários obedece a um modelo urbano/rural, embora seja predominantemente rural a maior parte da população. Os serviços de atenção comunitária nas cidades são operados por comitês de vizinhança e fabris.⁸ Nos países da **antiga União Soviética**, os serviços de saúde mental ainda são organizados por burocracias de planejamento centralizadas e estão claramente demarcados em termos de serviços de administração local e central. A autoridade reside no centro - isto é, os centros urbanos - ao passo que as áreas rurais distantes são obrigadas a proporcionar serviços concebidos e financiados pela burocracia central.⁹ Na **Turquia**, são disponíveis serviços especializados de saúde mental privados e públicos em cidades e vilas, ao passo que os pacientes nas áreas rurais e semi-rurais têm de buscar serviços locais de saúde mental no centro de saúde de atenção primária.¹⁰

¹ Collins PY et al. (1999a). Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, 28: 3-16.

² Collins PY et al. (1999b). Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28: 17-24.

³ Gureje O et al. (1995). Results from the Ibadan centre. Em Üstün TB, Sartorius N, orgs. *Mental Illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons: 157-173.

⁴ Gallegos A, Montero F (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, 28: 25-30.

⁵ Okasha A., Karam E (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 406-413.

⁶ Al-Subaie AS et al. (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*, 25: 59-68.

⁷ Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, 356: 39.

⁸ Pearson V (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 38: 163-178.

⁹ Tomov T (1999). Central and Eastern European countries. Em Thornicroft G, Tansella G, orgs. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press: 216-227.

¹⁰ Rezaki MS et al. (1995). Results from the Ankara centre. Em Üstün TB, Sartorius N, orgs. *Mental Illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons: 39-55.

Embora seja evidente que a saúde mental deve ser financiada com os mesmos recursos e os mesmos objetivos com vistas à distribuição dos ônus financeiros na atenção de saúde

geral, ainda não está claramente definida qual é a melhor forma de canalizar fundos para transtornos mentais e comportamentais. Uma vez levantados e consignados os fundos, manifesta-se a questão da rigidez com que deveria ser separada a saúde mental dos demais itens a serem financiados pelas mesmas verbas ou se deve ser proporcionada uma verba global para dada constelação de instituições ou serviços e permitir que a parcela usada para a saúde mental seja determinada pela demanda, pelas decisões locais e por outros fatores (recordando que os gastos do próprio bolso não são consignados no orçamento e são dirigidos apenas pelo usuário). Num extremo, os orçamentos lineares que especificam gastos em cada entrada para cada serviço ou programa são excessivamente rígidos e não deixam margem aos administradores, e assim quase garantem a ineficiência. Não é possível lançar mão deles imediatamente para contratar provedores privados. Mesmo no âmbito dos dispositivos públicos, eles podem resultar em desequilíbrio entre entradas e dificultar a resposta a mudanças na demanda ou necessidade.

Caixa 4.7 Integração da saúde mental na atenção primária de saúde

A organização de serviços de atenção de saúde em países em desenvolvimento foi iniciada cooperativamente há pouco tempo. A OMS apoiou o movimento para a prestação de atenção em saúde mental no âmbito dos serviços gerais de saúde nos países em desenvolvimento¹ e fez realizar um estudo de viabilidade de sete anos sobre a integração com a atenção primária de saúde no Brasil, Colômbia, Egito, Filipinas, Índia, Senegal e Sudão.

Vários países têm usado essa abordagem para organizar serviços de saúde essenciais. Nos países em desenvolvimento com recursos limitados, isso veio a significar um recomeço da atenção para pessoas com distúrbios mentais. A **Índia** iniciou o treinamento de trabalhadores em saúde primária em 1975, formando a base do Programa Nacional de Saúde Mental formulado em 1982. Atualmente, o governo apóia 25 programas de nível distrital em 22 estados.² No Camboja, o Ministério da Saúde treinou um grupo nuclear de pessoal em saúde mental comunitária, e esse grupo por sua vez preparou pessoal médico geral selecionado em hospitais distritais.³ Na **República Islâmica do Irã**, os esforços no sentido de integrar a atenção em saúde mental tiveram início na década de 1980, e o programa, desde então, foi ampliado para todo o país, com serviços que hoje cobrem cerca de 20 milhões de pessoas.⁴ Foram adotados enfoques semelhantes por países como o Afeganistão, a Malásia, o Marrocos, o Nepal, o Paquistão,⁵ a Arábia Saudita, a África do Sul, a República Unida da Tanzânia e o Zimbábue. Foram realizados alguns estudos para avaliar o impacto da integração, mas há urgente necessidade de outros.

¹ World Health Organization (1975). *Organization of mental health services in developing countries. Sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health, December 1974*. Geneva, Organização Mundial da Saúde (OMS Technical Report Series, No. 564).

² Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, 356: 39.

³ Somasundaram DJ *et al.* Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48(8): 1029-1046.

⁴ Mohit A *et al.* (1999). Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5: 231-240.

⁵ Mubbashar MH (1999). Mental health services in rural Pakistan. Em Tansella M, Thornicroft G, orgs., *Common mental disorders in primary care*. Londres, Routledge.

Apesar da ausência de provas, é justificado dizer que tais problemas provavelmente não poderiam ser minimizados consignando-se verbas globais quer aos organismos compradores que podem subcontratar, quer com serviços individuais. As vantagens de orçamentos desse tipo são a simplicidade administrativa, o estímulo à participação de múltiplos organismos na tomada de decisões, o incentivo à inovação por via da flexibilidade financeira e incentivos aos provedores de atenção primária de saúde para que colaborem com os provedores de atenção em saúde mental e proporcionem atenção no nível primário.

Se, porém, o orçamento não é preparado de acordo com o uso final e não existe proteção específica para determinados serviços, a parcela que toca à saúde mental pode continuar sendo muito baixa, devido à baixa prioridade aparente e à falsa impressão de que a saúde mental não é importante. Observa-se particularmente esse risco quando a intenção é

reformular e ampliar os serviços de saúde mental em relação a serviços mais estabelecidos e bem financiados. Para reduzir esse risco, pode-se consignar um montante específico à saúde mental, o qual não possa ser facilmente desviado para outros usos, mas ainda concedendo aos gerentes de serviços de saúde certa flexibilidade na determinação de prioridades entre problemas e tratamentos. Essa forma de “pré-alocação” dos recursos para a saúde mental pode ser usada para garantir a sua proteção e estabilidade por algum tempo. De modo particular, para países que têm atualmente um mínimo de investimentos em serviços de saúde mental, essa pré-alocação pode ser pertinente para a indicação da prioridade atribuída à saúde mental e no deslanche dos programas de saúde mental. Isso não deve implicar necessariamente um abandono da organização dos serviços, nem deve impedir que os departamentos de saúde mental recebam o seu quinhão dos fundos adicionais que se tornem disponíveis para a saúde.

A GARANTIA DA DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

A OMS recomenda um conjunto limitado de drogas essenciais para o tratamento e controle de transtornos mentais e comportamentais através da sua lista de medicamentos essenciais. É comum, porém, constatar que muitas dessas drogas não são disponíveis nos países em desenvolvimento. Dados do Projeto Atlas mostram que cerca de 25% dos países não acusam disponibilidade de medicamentos antipsicóticos, antidepressivos e antiepilépticos receitados comumente no nível primário de atenção.

É preciso que os governos assegurem a consignação de fundos suficientes para compra dos psicotrópicos essenciais básicos e sua distribuição entre os diferentes níveis de atenção, de acordo com a política adotada. Onde existe política de atenção comunitária e integração nos serviços gerais de saúde, é necessário não só que sejam disponibilizados medicamentos essenciais naqueles níveis, como também que os trabalhadores em saúde desses níveis tenham autorização para administrar os medicamentos. Mesmo em países onde foi adotada a abordagem da atenção primária para o manejo de problemas mentais, um quarto não conta com as três drogas essenciais para tratamento de epilepsia, depressão e esquizofrenia disponíveis no nível primário. Os medicamentos podem ser comprados sob nomes genéricos, de organizações sem objetivo de lucro como a ECHO (Equipment for Charitable Hospitals Overseas) e a Divisão de Abastecimento do UNICEF em Copenhague, que fornece medicamentos de boa qualidade a preços baixos. Ademais, a OMS e a Management Sciences for Health (2001) publicam um guia indicador anual de preços de drogas essenciais o qual inclui os endereços e os preços de vários fornecedores conceituados de diferentes psicotrópicos, a preços de atacado no mercado mundial sem objetivo de lucro.

Caixa 4.8 Vínculos intersetoriais para a saúde mental

Na República Unida da Tanzânia, as vilas agrícolas para reabilitação psiquiátrica encerram uma resposta intersetorial das comunidades locais, do setor de saúde mental e do curandeirismo tradicional ao tratamento e reabilitação de pessoas com doenças mentais graves em áreas rurais.¹ Os pacientes e familiares vivem com a população existente de uma aldeia de agricultores, pescadores e artesãos e são tratados tanto pelo setor médico como pelos curandeiros tradicionais. Enfermeiros de saúde mental, assistentes de enfermagem e artesãos locais supervisionam as atividades terapêuticas; um psiquiatra e um assistente social encarregam-se da assistência e das consultas semanais; e o envolvimento de curandeiros tradicionais depende das necessidades expressas de cada paciente e seus familiares. Há planos também para uma colaboração mais formal entre os setores tradicionais e o da saúde mental, incluindo reuniões e seminários regulares. Curandeiros tradicionais têm participado em programas de treinamento de saúde mental comunitária e compartilhado seus conhecimentos e aptidões no tratamento de pacientes; eles poderiam desempenhar um papel cada vez maior no manejo de transtornos relacionados com o estresse na comunidade.

¹ Kilonzo GP, Simmons N (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science*

and Medicine, 47: 419-428.

A CRIAÇÃO DE VÍNCULOS INTERSETORIAIS

Muitos distúrbios mentais exigem soluções psicossociais. Assim, é preciso estabelecer vínculos entre serviços de saúde mental e vários organismos comunitários no nível local, para que a habitação apropriada, o apoio de renda, os benefícios aos incapacitados, o emprego e outras formas de suporte sejam mobilizados em favor dos pacientes e visando tornar as estratégias de prevenção e reabilitação mais efetivamente implementadas. Em muitos países pobres, a cooperação entre setores muitas vezes é visível no nível de atenção primária. No Zimbábue, a coordenação entre acadêmicos, provedores do serviço público e representantes da comunidade local no nível de atenção primária levaram à formação de um programa baseado na comunidade para detectar, aconselhar e tratar mulheres com depressão. Na República Unida da Tanzânia, uma estratégia intersetorial resultou num programa agrícola inovador para reabilitação de pessoas que sofrem transtornos mentais e comportamentais (ver Caixa 4.8).

A ESCOLHA DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE MENTAL

Seja qual for a situação econômica de um país, haverá sempre a impressão de que são muito poucos os recursos para financiar atividades, serviços e tratamentos. Para a saúde mental, como para a saúde em geral, há que fazer escolhas dentre um grande número de serviços e uma ampla gama de estratégias de prevenção e promoção. Essas escolhas terão, naturalmente, diferentes efeitos em diferentes condições de saúde mental e diferentes grupos populacionais necessitados. É importante, porém, reconhecer que será preciso, em última análise, fazer escolhas dentre estratégias chaves, antes que entre transtornos específicos.

É consideravelmente limitado o que se sabe sobre os custos e resultados de diferentes intervenções, particularmente em países pobres. Onde existem elementos de avaliação, é preciso agir com muita cautela na aplicação de conclusões a contextos diferentes daqueles que os geraram: pode haver grandes diferenças de custo e muitos e muitos resultados, dependendo da capacidade do sistema de saúde para efetivar a intervenção. Ainda que se soubesse mais, não existe fórmula simples para determinar quais intervenções devem ser enfatizadas, e muito menos para determinar o montante a ser gasto em cada uma delas. O gasto privado e do próprio bolso não está sob o controle de pessoa alguma exceto o do consumidor, e o reembolso privado de gastos com atenção em saúde mental é muito baixo em todos os países, exceto uns poucos deles.

Para os governos, a decisão crucial está em como usar os fundos públicos. A efetividade/custo é uma consideração importante em diversas circunstâncias, mas nunca é o único critério importante. O financiamento público deve levar também em conta se uma intervenção é um bem público ou parcialmente público, isto é, se impõe custos ou confere benefícios a outras pessoas além daquelas que recebem o serviço. Embora seja desejável a maximização da eficiência na alocação de recursos, os governos terão de abrir mão de certos ganhos de eficiência para redistribuir recursos na busca da equidade.

Embora a avaliação dos serviços de saúde mental e a tomada de decisões pertinentes à despesa pública devam ser feitas, via de regra, da mesma forma que para os outros serviços de saúde, pelo menos uma parte das intervenções de saúde mental têm características que as tornam claramente diferentes. Uma é o fato de que o controle de certos transtornos mentais pode ter significativos efeitos benéficos. Ao contrário dos efeitos externos do controle das doenças transmissíveis, em que o tratamento de um caso pode permitir que outros sejam

evitados, e da imunização da maioria da população suscetível, que protege também os não vacinados, os benefícios da atenção em saúde mental muitas vezes se manifestam em outras esferas que não a da saúde, como, por exemplo, na forma de uma redução dos acidentes e lesões no caso do consumo de álcool, ou de uma baixa do custo de certos serviços sociais. Uma análise de efetividade/custo não pode levar em conta esses efeitos, cuja detecção só é possível num estudo do benefício social global dos ganhos obtidos na esfera da saúde tanto como das não relacionadas com a saúde.

Outra diferença possivelmente significativa vem da natureza crônica de certos distúrbios mentais. Isso os torna—como certas patologias clínicas e ao contrário das necessidades médicas agudas e imprevisíveis—difíceis de cobrir com seguros privados e por isso mesmo particularmente apropriados para o seguro público, seja este explícito (na forma de previdência social), seja implícito (através dos impostos gerais). Finalmente, enquanto muitos problemas de saúde contribuem para a pobreza, os transtornos mentais de longa duração estão particularmente associados com a incapacidade de trabalhar e, conseqüentemente, com a pobreza, razão pela qual se faz necessário dar ênfase à atenção aos pobres nos orçamentos para serviços de saúde mental.

Difícil como possa ser a dedução de prioridades da variedade de critérios relevantes, qualquer consideração racional dos problemas acima mencionados oferece a oportunidade de melhorar a alocação arbitrária ou simplesmente histórica de recursos. Isso é particularmente verdadeiro quando se quer dar à atenção em saúde mental um volume substancialmente maior de recursos públicos: a expansão em proporções iguais do que seja atualmente financiado teria poucas probabilidades de ser eficiente ou equitativa. A distribuição com base nas necessidades é um modo mais equitativo de repartir recursos, mas pressupõe uma concordância quanto à definição de “necessidade”. Ademais, as necessidades em si mesmas não constituem prioridades, porque nem toda necessidade corresponde a uma intervenção efetiva - descontado o fato de que pode não haver coincidência entre aquilo de que as pessoas necessitam e aquilo que reclamam. Isso já constitui um problema no caso de doenças físicas, quando o consumidor tem competência para expressar suas exigências, e se torna ainda mais complicado quando aquela competência é limitada por algum transtorno mental.

Como já foi acentuado, o financiamento consignado à saúde mental tem de ser efetivamente destinado a serviços, e isso pode depender de como os fundos são organizados por meio de orçamentos ou acordos de compra. Uma técnica para chegar a essa conexão é especificar certos serviços de saúde mental escolhidos com base nos critérios ainda agora descritos, como parte de um pacote geral de intervenções básicas ou essenciais que o setor público efetivamente promete financiar, seja ou não especificada no orçamento a quantia a ser aplicada em cada um desses serviços. Em princípio, poder-se-ia usar o mesmo enfoque na regulamentação dos seguros privados, exigindo que as seguradoras incluam certos serviços de saúde mental no pacote básico que todas as apólices dos clientes cobrirão. Como as seguradoras têm forte incentivo para escolher clientes com base no risco (e os clientes em potencial têm forte incentivo para ocultar seus riscos conhecidos e comprar seguro contra eles), é muito mais difícil impor essa fórmula no setor privado do que no público. Ainda assim, certos países—o Brasil e o Chile são exemplos entre os países de renda média—exigem que as seguradoras privadas ofereçam os mesmos serviços que são garantidos pelo financiamento público. É duvidoso que essa opção seja viável em muitos países mais pobres, dada a cobertura muito mais baixa dos seguros privados e a capacidade menor do governo para regulamentar. Decidir até que ponto se devem impor prioridades públicas a pagadores e provedores privados é sempre uma questão complexa, ainda mais talvez no caso de

problemas mentais que no de distúrbios físicos. Dados do Atlas indicam que o seguro como fonte primária de financiamento da atenção em saúde mental está presente somente em um quinto dos países.

COMPRA OU PROVISÃO DE SERVIÇOS: OS PAPÉIS DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO

As considerações acima põem em destaque o papel financeiro do setor público mesmo quando este entre com apenas uma pequena parcela do gasto total, porque é aí que se afigura mais fácil efetivar a reforma da saúde mental e porque certos aspectos dos serviços de saúde mental são particularmente apropriados para financiamento público. Não existe, porém, conexão necessária entre dinheiros públicos e provisão pública, embora a maioria dos governos tradicionalmente gaste a maior parte ou a totalidade dos fundos para a saúde em suas próprias instituições provedoras. Uma vez que a guinada para a descentralização, tanto como a outorga a dependências públicas de um monopólio dos recursos públicos, remove qualquer incentivo competitivo à eficiência ou a serviços mais sensíveis às necessidades dos enfermos, observa-se nos países uma crescente decalagem entre compra e provisão de serviços (OMS 2000c, Capítulo 3).

Embora sejam claros os benefícios teóricos da introdução de mais concorrência e regulamentação como meio de substituir a provisão pública direta, ainda são escassos os indícios do êxito de tais disposições. Muitas vezes, faltam nos países em desenvolvimento os recursos e a experiência para regulamentar acordos contratuais entre adquirentes e provedores de atenção de saúde e para forçar a prestação dos serviços ajustados no contrato quando há percepção de que o provedor está dando baixa prioridade aos serviços. Sem esses controles, há grande potencial para desperdício e mesmo fraude. Se é esse o caso nos contratos com provedores de serviços cobrindo serviços gerais de saúde, pode ser ainda mais difícil contratar a prestação efetiva de serviços de saúde mental, dada a grande dificuldade de aferir os resultados. Em países onde antes não existiam serviços de saúde mental ou os que havia eram prestados diretamente pelo ministério da saúde, pode haver necessidade de um contrato detalhado em separado para serviços de saúde mental. Por todas essas razões, a separação entre financiamento e provisão deve ser abordada com cautela quando estão em consideração serviços de saúde mental. Não obstante, convém considerá-la sempre que existam provedores não-governamentais ou de governos locais com capacidade para assumir a provisão e haja capacidade suficiente para fiscalizá-los. Em muitos países, as dependências de saúde ambulatoriais públicas não prestam serviços de saúde mental devido à ênfase dada pelo financiamento à atenção em regime de internamento hospitalar. Devido a isso, é possível que a separação entre financiamento e provisão seja especialmente vantajosa como meio de promover a transferência desejável dos hospitais psiquiátricos públicos para a atenção proporcionada na comunidade. A mudança das prioridades orçamentárias públicas sem envolver provedores não-governamentais pode ser mesmo essencialmente impossível, devido à resistência interna à inovação e à falta das aptidões e da experiência necessárias.

Onde existe substancial provisão privada, paga em caráter privado, sem financiamento nem regulamentação pública, manifestam-se vários problemas que requerem o exercício de poderes tutelares. Provavelmente, existirá um sistema inadequado de referência entre provedores de serviços de saúde mental não sujeitos a regulamentação, tais como curandeiros tradicionais e serviços ambulatoriais de saúde mental localizados em hospitais de atenção primária e distritais. Os pobres podem consumir grande quantidade de atenção em saúde mental de baixa qualidade, prestada por provedores não sujeitos a regulamentos, tais como vendedores de medicamentos, curandeiros tradicionais e terapeutas não habilitados. Quando o departamento de saúde governamental não tem capacidade para forçar a

observância do regulamento dos serviços ambulatoriais privados, os usuários ficam sujeitos à exploração financeira e a procedimentos ineficazes para tratamento de distúrbios mentais que não são levados em conta pelo sistema público de saúde. Contratos para provedores primários e secundários, a adoção de diretrizes relativas aos itens e custos dos serviços e a acreditação de diferentes provedores de atenção ambulatorial de saúde mental são algumas das possíveis respostas a esses problemas, que não requerem que o governo expanda enormemente o gasto nem que assuma a responsabilidade total pela provisão dos serviços.

Os governos deveriam considerar também a regulamentação de grupos específicos de provedores dentro do setor informal da saúde, como os curandeiros tradicionais, por exemplo. Essa regulamentação poderia incluir a introdução do registro de praticantes para proteger os pacientes contra intervenções nocivas e impedir a fraude e a exploração financeira. Vem-se observando considerável progresso na integração da medicina tradicional na política geral de saúde na China, no Vietnã e na Malásia (Bodekar 2001).

A atenção administrada (*Managed Care*), sistema de prestação de serviços de atenção de saúde em grande voga nos Estados Unidos, combina a função de aquisição e o financiamento da atenção de saúde para grupos populacionais definidos. Uma grande preocupação está na possibilidade de a atenção administrada concentrar-se mais na redução de custos do que na qualidade dos serviços, bem como a de que ela transfira os custos da atenção para aqueles que não podem pagar seguros, do sistema de saúde pública para as famílias ou instituições beneficentes (Hoge *et al.* 1998; Gittelman 1998). No caso dos transtornos mentais e comportamentais, os esforços até agora envidados pela atenção administrada não lograram ainda dar uma resposta adequada à necessidade de tratamento médico combinado com apoio social de longa duração e uma estratégia de reabilitação, embora tenham ocorrido algumas exceções dignas de nota. Ademais, a perícia, as aptidões e a abrangência dos serviços de um sistema de atenção administrada estão muito além da capacidade atual da maioria dos países em desenvolvimento (Talbot 1999).

FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Nos países em desenvolvimento, a carência de especialistas e trabalhadores em saúde com os conhecimentos e aptidões necessárias para o trato de transtornos mentais e comportamentais constitui significativa barreira à provisão de tratamento e atenção.

Para que os sistemas de saúde possam avançar, será preciso investir tempo e energia na avaliação do número e dos tipos de profissionais e trabalhadores necessários nestes próximos anos. A proporção de especialistas em saúde mental entre os trabalhadores em saúde geral varia de acordo com os recursos e os enfoques existentes da atenção. Com a integração da atenção em saúde mental no sistema de saúde geral, aumentará a demanda de generalistas com treinamento em saúde mental e diminuirá a de especialistas, embora deva perdurar a necessidade de uma massa crítica de especialistas em saúde mental para ministrar tratamento efetivo e evitar tais distúrbios.

Há considerável disparidade quanto ao tipo e os números na força trabalhadora em saúde mental em todo o mundo. O número mediano de psiquiatras varia de 0,06 por 100.000 habitantes em países de baixa renda a 9 por 100.000 em países de alta renda (Figura 4.4). No caso dos enfermeiros psiquiátricos, a mediana varia de 0,1 por 100.000 em países de baixa renda a 33,5 por 100.000 em países de alta renda (Figura 4.5). Em quase metade do mundo, há menos de um neurologista por milhão de habitantes. Ainda pior é a situação quanto a provedores de atenção para crianças e adolescentes.

A mão-de-obra de saúde com probabilidades de se envolver na saúde mental consiste em clínicos gerais, neurologistas e psiquiatras, pessoal de atenção primária de saúde e

comunitária, profissionais de saúde assemelhados (tais como enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais) e outros grupos tais como o clero e os curandeiros tradicionais. Os curandeiros tradicionais constituem a principal fonte de assistência para pelo menos 80% das populações rurais dos países em desenvolvimento. Eles podem atuar como localizadores de casos ativos, assim como podem facilitar o encaminhamento e proporcionar aconselhamento, monitorização e atenção de seguimento. A adoção de um sistema de atenção integrada com base na comunidade imporá uma redefinição dos papéis de muitos provedores de atenção de saúde. Um trabalhador em atenção geral de saúde pode agora ter a responsabilidade adicional pela identificação e pelo manejo de transtornos mentais e comportamentais na comunidade, inclusive a triagem e a intervenção precoce em distúrbios devidos ao uso de fumo, álcool e outras drogas, e o psiquiatra que antes trabalhava numa instituição pode ter necessidade de proporcionar mais treinamento e supervisão ao ser transferido para um contexto comunitário.

Figura 4.4 Número de psiquiatras por 100.000 habitantes, 2000^a

Número por 100.000 habitantes

0 – 1

1,1 – 5

5,1 – 10

> 10

Não há dados disponíveis

^a Baseado em informações de 177 países.

Fonte: *Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas (2001)*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Figura 4.5 Número de enfermeiros psiquiátricos por 100.000 habitantes, 2000^a

Número por 100.000 habitantes

0 – 1

1,1 – 10

10,1 – 50

>50

Não há dados disponíveis

^a Baseado em informações de 157 países.

Fonte: *Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas (2001)*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Com a transferência das responsabilidades de gestão e administração para o nível local, a descentralização dos serviços de saúde mental também tem probabilidades de exercer impacto nas funções e responsabilidades. A redefinição de funções tem de ser explícita, a fim de assegurar uma adoção mais pronta das novas responsabilidades. Será preciso também treinamento para conferir as aptidões necessárias para desempenho das novas funções e responsabilidades. Sem dúvida, a mudança de papéis trará à tona questões de poder e de controle, as quais atuarão como barreiras à mudança. Por exemplo, os psiquiatras percebem e resistem à sua perda de poder quando é dada a outros trabalhadores em saúde menos experimentados a autoridade para manejar distúrbios mentais.

Nos países tanto desenvolvidos como em desenvolvimento, é necessário atualizar os currículos das escolas de medicina para assegurar que todos os médicos que se formem sejam aptos para diagnosticar e tratar pessoas que sofrem distúrbios mentais. O Sri Lanka

ampliou recentemente a duração da formação em psiquiatria e a incluiu como matéria sujeita a exame final na formação médica. Os profissionais de saúde assemelhados, tais como enfermeiros e assistentes sociais, necessitam de treinamento para compreender os transtornos mentais e comportamentais e a variedade de opções de tratamento disponíveis, concentrando-se nas áreas mais relevantes para o seu trabalho no campo. Todos os cursos devem incorporar a aplicação de estratégias psicológicas assentadas em bases factuais e no fortalecimento das aptidões nas áreas de gestão e administração, formulação de políticas e métodos de pesquisa. Nos países em desenvolvimento, nem sempre estão disponíveis oportunidades educacionais de nível mais alto; em vez disso, a formação muitas vezes é procurada em outros países. Isso nem sempre tem dado resultados satisfatórios: muitos dos que vão estudar no exterior não regressam a seus países, e com isso a sua perícia fica perdida para a sociedade em desenvolvimento. É preciso dar uma solução durável a esse problema, mediante o estabelecimento de centros de excelência para formação e educação dentro dos países.

Um enfoque promissor é o uso da Internet para levar treinamento e ouvir o parecer de especialistas em questões de diagnóstico e manejo. O acesso à Internet vem crescendo rapidamente nos países em desenvolvimento. Há três anos, só 12 países da África tinham acesso à Internet; hoje, esse acesso está disponível em todas as capitais africanas. Hoje, a formação precisa incluir o uso da tecnologia da informação (Fraser *et al.* 2000).

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Está disponível toda uma série de estratégias para melhorar a saúde mental e prevenir distúrbios mentais. Essas estratégias podem também contribuir para a redução de outros problemas, tais como delinqüência juvenil, maus-tratos das crianças, desistência escolar e perdas de dias de trabalho devidas a doenças.

O ponto de partida mais apropriado para a promoção da saúde mental dependerá tanto das necessidades como do contexto social e cultural. O alcance e o nível das atividades sociais variará dos níveis locais para os nacionais, assim como variarão os tipos específicos de ações de saúde pública adotadas (desenvolvimento de serviços, política, divulgação de informações, sensibilização etc.) Encontram-se adiante exemplos de diferentes pontos de partida para intervenções.

Intervenções orientadas para os fatores que determinam ou mantêm a saúde debilitada. O desenvolvimento psicossocial e cognitivo dos lactentes e crianças menores depende da sua interação com seus pais. Programas capazes de fortalecer a qualidade dessas relações podem melhorar substancialmente o desenvolvimento emocional, social, cognitivo e físico das crianças. Por exemplo, o programa Steps Toward Effective Enjoyable Parenting (STEEP), dos Estados Unidos, tinha por alvo mães iniciantes e outras com problemas de criação de filhos, especialmente famílias com baixo nível de instrução (Erickson 1989). Observaram-se indícios de redução da ansiedade e da depressão nas mães, vida familiar melhor organizada e a criação de ambientes mais estimulantes para as crianças.

Intervenções orientadas para grupos de população. Em 2025, haverá no mundo 1,2 bilhão de pessoas maiores de 60 anos, quase três quartos delas nos países em desenvolvimento. Para ser uma experiência positiva, porém, é preciso que o envelhecimento seja acompanhado de melhoramentos na qualidade da vida daqueles que chegaram à velhice.

Intervenções orientadas para determinados contextos. É crucial o papel das escolas na preparação das crianças para a vida, mas elas precisam ter um envolvimento maior no

fomento de um desenvolvimento social e emocional saudável. Ensinar aptidões para a vida tais como resolução de problemas, raciocínio crítico, comunicação, relações interpessoais, empatia e métodos fazer face a emoções permitirá às crianças e aos adolescentes desenvolver uma saúde mental firme e positiva (Mishara e Ystgaard 2000).

Uma política escolar amiga da criança, que incentive a tolerância e a igualdade entre meninos e meninas e entre diferentes grupos étnicos, religiosos e sociais promoverá um ambiente psicológico sadio (OMS 1990). Promoverá também a participação ativa e a cooperação, evitará o uso de castigos físicos e não tolerará a bravata intimidante. Ademais, ajudará a estabelecer vínculos entre a vida escolar e familiar, estimulará a criatividade tanto como as aptidões acadêmicas e promoverá a autoestima e a autoconfiança das crianças.

SENSIBILIZAÇÃO DO PÚBLICO

De todas as barreiras a superar na comunidade, a mais importante é a estigmatização e a discriminação com ela associada para com pessoas que sofrem transtornos mentais e comportamentais.

Para atacar o estigma e a discriminação é necessária uma abordagem em diversos níveis, abrangendo a educação dos profissionais e trabalhadores em saúde, o fechamento de instituições psiquiátricas que servem para preservar e reforçar o estigma, a provisão de serviços de saúde mental na comunidade e a implementação de leis para proteger os direitos dos doentes mentais. O combate ao estigma requer também campanhas de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto dos transtornos mentais, a fim de dissipar mitos comuns e incentivar atitudes e comportamentos mais positivos.

PAPEL DOS VEÍCULOS DE COMUNICAÇÃO DE MASSA

Os diversos meios de comunicação de massas podem ser usados para fomentar atitudes e comportamentos mais positivos da comunidade para com pessoas com transtornos mentais. Podem-se tomar medidas para monitorizar, remover ou impedir o uso de imagens, mensagens ou notícias da mídia que poderiam ter conseqüências negativas para as pessoas que sofrem transtornos mentais e comportamentais. Os veículos de mídia podem ser usados também para informar o público, persuadir ou motivar a mudança individual de atitudes e condutas e advogar a mudança nos fatores sociais, estruturais e econômicos que afetam os transtornos mentais e comportamentais. A publicidade comercial, embora custe caro, é útil para aumentar a consciência dos problemas e ocorrências, bem como para neutralizar concepções errôneas. A propaganda é uma forma relativamente mais barata de criar notícias capazes de atrair a atenção do público e de configurar os problemas e ações de modo a lograr a sensibilização. A colocação de mensagens de saúde ou sociais nos veículos de entretenimento é útil para promover mudanças de atitudes, crenças e condutas.

Entre os exemplos de campanhas de informação pública que fizeram uso da mídia para vencer o estigma contam-se “*Changing minds— every family in the land*”, do Royal College of Psychiatrists do Reino Unido, e a campanha “*Open the doors?*”, da Associação Mundial de Psiquiatria (ver Caixa 4.9).

A Internet é um poderoso instrumento para a comunicação e o acesso a informações sobre saúde mental. Ela vem sendo usada cada vez mais como meio de informar e educar pacientes, estudantes, profissionais de saúde, grupos de usuários, organizações não-governamentais e a população geral sobre saúde mental; para promover encontros de ajuda mútua e grupos de discussão; e para proporcionar atenção clínica. Com a Internet como fonte de informação, a comunidade terá mais conhecimentos e, por isso mesmo,

expectativas maiores com relação ao tratamento e atenção que recebe dos provedores. Do lado negativo, elas terão de analisar e compreender uma enorme quantidade de publicações complexas, com diferentes graus de exatidão (Griffiths e Christensen 2000). Os usuários da Internet contarão cada vez mais com a possibilidade de ganhar acesso fácil a tratamentos e consultas com profissionais de saúde, inclusive provedores de atenção em saúde mental, variando de indagações simples às consultas em vídeo mais complexas ou à telemedicina.

Os grandes desafios estão no uso dessa tecnologia da informação para beneficiar a saúde mental nos países em desenvolvimento. Isso requer melhoria do acesso à Internet (de um total de 700 milhões de pessoas na África, menos de um milhão tem esse acesso) e a disponibilidade de informações sobre saúde mental em diversos idiomas.

Caixa 4.9 Não ao estigma

“Open the doors” é o primeiro programa de caráter global já lançado para combater o estigma e a discriminação associados com a esquizofrenia. Lançado pela Associação Psiquiátrica Mundial em 1999,^{1,2} o programa tem por metas aumentar a consciência e o conhecimento da natureza da esquizofrenia e das opções de tratamento, melhorar as atitudes do público para com pessoas que têm ou tiveram esquizofrenia e suas famílias; e gerar ações para eliminar o estigma, a discriminação e o preconceito.

A Associação produziu um guia detalhado para a formulação de um programa de combate ao estigma, e divulga notícias sobre a experiência de países que adotaram o programa, além de coligir informações de todo o mundo sobre outros esforços contra a estigmatização. O material foi posto à prova na Alemanha, Áustria, Canadá, China, Egito, Espanha, Grécia, Índia e Itália, e outros lugares estão começando também a trabalhar com o programa. Em cada um desses lugares, formou-se um grupo do programa incluindo representantes do governo e de organizações não-governamentais, jornalistas, profissionais da atenção de saúde, membros de organizações de pacientes e familiares, assim como outros empenhados em combater o estigma e a discriminação. Os resultados dos programas de diferentes países são inseridos na base de dados global, para que esforços futuros se beneficiem da experiência anterior. Ademais, a Associação produziu um apanhado das mais recentes informações disponíveis sobre diagnóstico e tratamento de esquizofrenia, bem como estratégias para reintegração de indivíduos afetados na comunidade.

O estigma ligado à esquizofrenia cria um círculo vicioso de alienação e discriminação—levando ao isolamento social, à incapacidade para o trabalho, ao abuso do álcool e das drogas, ao desabrigo ou à institucionalização excessiva—diminuindo assim as possibilidades de recuperação e vida normal. “Open the doors”—Abrir as portas—permitirá às pessoas com esquizofrenia voltar a suas famílias, à escola e ao local de trabalho, e enfrentar o futuro com esperança.

¹ Sartorius N (1997). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, 170: 297.

² Sartorius N (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about it? *The Lancet*, 352(9133): 1058-1059.

USO DE RECURSOS DA COMUNIDADE PARA ESTIMULAR MUDANÇAS

Embora o estigma e a discriminação tenham origem na comunidade, não se deve esquecer que a comunidade pode ser também importante recurso e contexto para atacar as suas causas e efeitos e, de modo mais geral, para melhorar o tratamento e a atenção proporcionados a pessoas que sofrem transtornos mentais e comportamentais.

O papel da comunidade pode variar da promoção do esforço individual e da ajuda mútua ao exercício de pressão em prol de mudanças na atenção e nos recursos para a saúde mental, ao desenvolvimento de atividades educativas, à participação na monitorização e avaliação da atenção e à advocacia em prol de mudanças de atitudes e redução do estigma.

As organizações não-governamentais também são valiosas como recurso comunitário para a saúde mental. Elas muitas vezes se mostram mais sensíveis às realidades locais do que os programas centralizados, além de geralmente demonstrarem decidido empenho em favor da inovação e da mudança. Organizações não-governamentais internacionais ajudam no

intercâmbio de experiências e funcionam como grupos de pressão, ao passo que organizações não-governamentais dos países são responsáveis por muitos dos programas e soluções inovadoras no nível local. Muitas vezes, na ausência de um sistema de saúde mental formal ou que funcione bem, elas desempenham papel extremamente importante, cobrindo a lacuna entre as necessidades da comunidade e os serviços e estratégias comunitárias disponíveis (ver Caixa 4.10).

Têm-se projetado organizações de usuários como uma força vigorosa, sonora e ativa, não raro insatisfeita com a provisão estabelecida de atenção e tratamento. Essas organizações têm tido atuação decisiva na reforma da saúde mental (OMS 1989). Existe hoje em muitas partes do mundo grande número de associações de usuários com interesses, compromissos e envolvimento na área da saúde mental. Vão elas dos agrupamentos informais descomprometidos às organizações maduras, formadas constitucional e legalmente. Embora tenham diferentes alvos e objetivos, todas defendem vigorosamente o ponto de vista dos usuários.

As autoridades responsáveis pela prestação de serviços, tratamento e atenção são chamadas à responsabilidade perante os usuários do sistema. Um passo importante para lograr a responsabilização é envolver os usuários na criação de serviços, na revisão de padrões hospitalares e na formulação e implementação de políticas e leis.

Em muitos países em desenvolvimento, as famílias desempenham papel chave na atenção dos mentalmente enfermos e são, em muitos aspectos, as provedoras primárias de atenção. Com o gradual fechamento dos hospitais psiquiátricos em países com sistemas de atenção desenvolvidos, as responsabilidades também estão sendo transferidas para as famílias. Estas podem ter impacto positivo ou negativo em função da sua compreensão, conhecimento, aptidões e capacidade de dar atenção às pessoas afetadas por transtornos mentais. Por essas razões, uma importante estratégia baseada na comunidade é ajudar as famílias a compreender as doenças, estimular a adesão à medicação, reconhecer os primeiros sinais de recorrência e assegurar a pronta resolução de crises. Isso resultará numa recuperação melhor e reduzirá a incapacidade social e pessoal. Enfermeiros visitantes comunitários e outros trabalhadores em saúde podem desempenhar importante função de apoio, assim como o podem fazer as redes de grupos de ajuda mútua para as famílias e o apoio financeiro direto.

Caixa 4.10 A Iniciativa de Genebra

A Iniciativa de Genebra sobre Psiquiatria foi fundada em 1980 para combater o abuso político da psiquiatria como instrumento de repressão. Apesar do seu nome, a iniciativa internacional tem sede na Holanda.

A Sociedade Pansoviética de Psiquiatras e Neuropatologistas (SPPN), da antiga URSS, desligou-se da Associação Mundial de Psiquiatria (AMP) em princípios de 1983, em resposta a pressões de campanhas da Iniciativa de Genebra, e em 1989 o Congresso da AMP estabeleceu condições rigorosas para a sua readmissão. A Federação Russa reconheceu que a psiquiatria tinha sido sujeita a abusos para fins políticos e convidou a AMP a enviar uma equipe de observadores à Rússia. Ao mesmo tempo, um número crescente de psiquiatras procurou a Iniciativa de Genebra para pedir ajuda na reforma da atenção em saúde mental. Naquela altura, a situação estava mudando dramaticamente: nos dois anos anteriores, praticamente todos os presos políticos haviam sido libertados das prisões, campos, exílio e hospitais psiquiátricos.

Entre 1989 e 1993, a Iniciativa se concentrou nuns poucos países da Europa oriental, particularmente a Romênia e a Ucrânia. Tornou-se evidente que era necessária uma nova maneira de abordar o movimento de reforma da saúde mental. Embora houvessem sido empreendidas muitas reformas em toda a região e muitas pessoas houvessem adquirido novos conhecimentos e aptidões, não existiam vínculos entre os reformadores e havia falta de confiança e unidade. Com apoio financeiro da Fundação Soros, foi organizada a primeira reunião de Reformadores da Psiquiatria, em Bratislava, Eslováquia, em setembro de 1993. Desde então, houve mais de 20 reuniões semelhantes da rede.

Hoje, a Rede de Reformadores liga cerca de 500 reformadores da saúde mental em 29 países da Europa central e

oriental e os novos Estados independentes, e tem ligações com mais de 100 organizações não-governamentais de saúde mental. Seus membros são psiquiatras, psicólogos, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais, sociólogos, advogados, parentes de portadores de transtornos mentais e um número cada vez maior de usuários de serviços de saúde mental. Graças principalmente a essa rede, a Iniciativa de Genebra opera agora em mais de 20 países, onde administra cerca de 150 projetos.

A Iniciativa de Genebra bate-se pelo melhoramento estrutural e assim se concentra em programas interessados na reforma de políticas, atenção institucional e educação. Ela procura combater a inércia, atingir a sustentabilidade e manter o financiamento. No ano passado, a Iniciativa foi laureada com o Prêmio Genebra para Direitos Humanos em Psiquiatria.

Podem-se encontrar mais informações sobre a Iniciativa no sítio da Internet <http://www.geneva-initiative.org/geneva/index.htm>

Vem a propósito um par de observações cautelares. Primeiro, a erosão da família extensa nos países em desenvolvimento, combinada com a migração para as cidades, apresenta um desafio aos planejadores da utilização deste recurso para a atenção aos pacientes. Segundo, quando o ambiente familiar não é propício à atenção de boa qualidade e ao apoio, e pode ser mesmo prejudicial, a solução familiar pode não ser uma opção viável.

A PARTICIPAÇÃO DE OUTROS SETORES

As guerras, os conflitos, as catástrofes, a urbanização não planejada e a pobreza são não somente importantes determinantes das doenças mentais como também são barreiras significativas à redução do desnível de tratamento. Por exemplo, as guerras e conflitos podem destruir as economias nacionais e os sistemas de saúde e previdência social, assim como podem traumatizar populações inteiras. Com a pobreza vem o aumento da necessidade de serviços de saúde e comunitários a par de verbas limitadas para o desenvolvimento de serviços de saúde mental abrangentes no nível nacional e uma redução da capacidade de pagar por esses serviços no nível do indivíduo.

A política de saúde mental pode corrigir parcialmente os efeitos dos determinantes ambientais mediante o atendimento das necessidades especiais dos grupos vulneráveis e a garantia da existência de estratégias para impedir a exclusão. Pelo fato, porém, de que muitos dos macrodeterminantes da saúde mental envolvem quase todos os departamentos do governo, o grau da melhoria da saúde mental de uma população é também determinado em parte pelas políticas dos outros departamentos governamentais. Noutras palavras, outros departamentos do governo são responsáveis por alguns dos fatores pertinentes aos transtornos mentais e comportamentais e devem assumir a responsabilidade por algumas das soluções.

A colaboração intersetorial entre departamentos do governo é fundamental para que as políticas de saúde mental se beneficiem dos grandes programas estatais (ver Tabela 4.2). Ademais, faz-se necessária uma colaboração da saúde mental para assegurar que todas as atividades e políticas do governo contribuam para a saúde mental e não se levantem contra ela. Antes de serem postas em prática, as políticas devem ser analisadas em função das suas repercussões na saúde mental, e todas as políticas governamentais devem levar em conta as necessidades específicas e os problemas das pessoas que sofrem transtornos mentais. Aparecem adiante alguns exemplos.

TRABALHO E EMPREGO

O ambiente de trabalho deve ser livre de todas as formas de discriminação tanto como de assédio sexual. É conveniente definir condições de trabalho aceitáveis e proporcionar

serviços de saúde mental, direta ou indiretamente, através de programas de assistência aos empregados. As políticas devem maximizar as oportunidades de emprego para toda a população e reter as pessoas na força trabalhadora, particularmente por causa da associação entre perda do emprego e aumento do risco de transtorno mental e suicídio. O trabalho deve ser usado como mecanismo de reintegração na comunidade das pessoas com distúrbios mentais. As pessoas com transtornos mentais graves acusam taxas de desemprego mais altas do que as com deficiências físicas. A política do governo pode ter significativa influência na provisão de incentivos para que os empregadores contratem pessoas com transtornos mentais graves e na aplicação de uma política antidiscriminatória. Em alguns países, os empregadores são obrigados a contratar certa percentagem de pessoas deficientes como parte da sua mão-de-obra, e ficam sujeitos a multa quando não o fazem.

COMÉRCIO E ECONOMIA

Algumas políticas econômicas podem afetar negativamente os pobres ou resultar num aumento das taxas de transtornos mentais e suicídios. Muitas das reformas econômicas em curso nos países têm por objetivo maior a redução da pobreza. Dada a associação entre pobreza e saúde mental, poder-se-ia esperar que essas reformas viessem a reduzir os problemas mentais. Contudo, os transtornos mentais estão relacionados não somente com os níveis absolutos de pobreza como também com a pobreza relativa. Os imperativos da saúde mental são claros: as desigualdades devem ser reduzidas como parte das estratégias para elevar os níveis absolutos de renda.

Outro desafio são as possíveis conseqüências adversas da reforma econômica sobre os índices de emprego. Em muitos países onde está em andamento uma grande reestruturação econômica, como, por exemplo, a Hungria (Kopp *et al.* 2000) e a Tailândia (Tangcharoensathien *et al.* 2000), a reforma causou alta perda de empregos e aumentos correlatos das taxas de transtornos mentais e suicídios. Qualquer política econômica que envolva uma reestruturação deve ser avaliada em termos do seu impacto potencial sobre os índices de emprego. Se houver conseqüências potencialmente adversas, será necessário reconsiderar tais políticas ou adotar estratégias para minimizar o seu impacto.

EDUCAÇÃO

Um determinante importante da saúde mental é a educação. Embora os esforços atuais estejam concentrados no aumento do número de crianças que freqüentam e concluem o curso primário, o principal risco de saúde mental tem mais probabilidades de resultar da falta de ensino secundário (10–12 anos de escola) (Patel 2000). Assim, é preciso que as estratégias para a educação procurem impedir a desistência antes do término do curso secundário. Há que considerar também a relevância do tipo de educação oferecido, a ausência de discriminação na escola e as necessidades dos grupos especiais, como, por exemplo, as crianças com dificuldade para aprender.

MORADIA

A política habitacional pode apoiar a política para a saúde mental dando prioridade aos mentalmente enfermos nos planos habitacionais estatais, instituindo esquemas de habitação subsidiada e, quando viável, exigindo que as autoridades locais estabeleçam toda uma gama de dispositivos residenciais, tais como casas transitórias e lares para estadia prolongada. É preciso, o que é mais importante, que a legislação sobre a moradia inclua disposições para impedir a segregação geográfica das pessoas mentalmente enfermas. Isso exige disposições

específicas para impedir a discriminação na localização e distribuição de habitações tanto como serviços de saúde para pessoas com transtornos mentais.

Tabela 4.2 Colaboração intersectorial para a saúde mental

Setor governamental	Oportunidades para melhorar a saúde mental
Trabalho e emprego	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um ambiente de trabalho positivo, livre de discriminação, com condições de trabalho aceitáveis e programas de assistência aos empregados • Integrar pessoas com doenças mentais graves na força trabalhadora • Adotar políticas que incentivem altos níveis de emprego, manter as pessoas na força de trabalho e assistir os desempregados
Comércio	<ul style="list-style-type: none"> • Adotar políticas de reforma econômica que reduzam tanto a pobreza relativa como a pobreza absoluta • Analisar e corrigir qualquer impacto potencialmente negativo da reforma econômica sobre as taxas de desemprego
Educação	<ul style="list-style-type: none"> • Pôr em prática políticas para evitar a desistência antes de terminada a educação secundária • Introduzir políticas antidiscriminatórias nas escolas • Incorporar as aptidões no currículo, assegurar a existência de escolas amigas da criança • Considerar os requisitos das crianças com necessidades especiais, por exemplo, as que têm dificuldades de aprendizagem
Habitação	<ul style="list-style-type: none"> • Dar prioridade ao alojamento de pessoas com transtornos mentais • Estabelecer dependências habitacionais (como casas transitórias, por exemplo) • Evitar discriminação na localização da moradia • Evitar a segregação geográfica
Serviços de bem-estar social	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar a presença e a gravidade das doenças mentais como fatores prioritários para o recebimento de benefícios da previdência social • Estabelecer benefícios disponíveis para membros da família quando estes são os principais cuidadores • Treinar o pessoal dos serviços de previdência social
Sistema de justiça criminal	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o aprisionamento impróprio de pessoas com transtornos mentais • Disponibilizar o tratamento de transtornos mentais e comportamentais dentro das prisões • Reduzir as conseqüências do confinamento para a saúde mental • Treinar pessoal de todo o sistema de justiça criminal

OUTROS SERVIÇOS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

O tipo, a variedade e a extensão dos outros serviços de previdência social variam entre os países e dentro deles, e dependem em parte dos níveis de renda e da atitude geral da comunidade face aos grupos necessitados.

As políticas que definem benefícios e serviços de previdência social devem incorporar diversas estratégias. Primeiro, a incapacidade resultante de uma doença mental deve ser um dos fatores levados em conta na fixação de prioridades entre os grupos que recebem benefícios e serviços de previdência social. Segundo, em certas circunstâncias, os benefícios de previdência social devem ser disponibilizados também para as famílias, a fim de proporcionar atenção e apoio aos familiares que sofrem transtornos mentais e comportamentais. Terceiro, o pessoal que trabalha nos vários serviços sociais precisa estar equipado com aptidões e conhecimentos para reconhecer e ajudar as pessoas com distúrbios

mentais como parte do seu trabalho cotidiano. De modo particular, é preciso que estejam em condições de avaliar quando e como os problemas mais graves devem ser encaminhados aos serviços especializados. Quarto, é necessário mobilizar benefícios e serviços para grupos com probabilidades de sofrer efeitos negativos da implementação da política econômica.

SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL

Os portadores de distúrbios mentais muitas vezes se vêem em contato com o sistema de justiça criminal. Em geral, observa-se nas prisões uma representação excessiva de pessoas com transtornos mentais e de grupos vulneráveis, devido em grande número de casos à falta de serviços, por ser o seu comportamento encarado como perturbação da ordem e em virtude de outros fatores, tais como crimes relacionados com o uso de drogas e a condução de veículos sob a influência do álcool. Será preciso adotar políticas para sustar o aprisionamento indevido de doentes mentais e para facilitar o seu encaminhamento ou transferência para centros de tratamento. Ademais, o tratamento e a atenção para transtornos mentais e comportamentais devem ser disponíveis rotineiramente dentro das prisões, mesmo quando o aprisionamento é indevido. Os padrões internacionais aplicáveis ao tratamento de prisioneiros estão especificados nas Normas Padrão Mínimas para Tratamento de Prisioneiros, que estipulam que todas as instituições devem contar com os serviços de pelo menos um médico habilitado, “que deve ter certos conhecimentos de psiquiatria” (adotados pelo Primeiro Congresso dos Países Unidos para a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Prisioneiros em 1955 e aprovados pelo Conselho Econômico e Social em 1957 e 1977).

A política referente ao confinamento de grupos vulneráveis precisa ser examinada com referência ao aumento do risco de suicídio, e é preciso que haja uma estratégia de treinamento para melhorar os conhecimentos e aptidões do pessoal no sistema de justiça criminal, para que possa manejar os transtornos mentais e comportamentais.

PROMOÇÃO DA PESQUISA

Embora o nosso conhecimento dos transtornos mentais e comportamentais tenha crescido ao passar dos anos, existem ainda muitas variáveis desconhecidas que contribuem para o desenvolvimento de distúrbios mentais, sua progressão e seu tratamento efetivo. Alianças entre entidades de saúde pública e instituições de pesquisa em diferentes países facilitarão a geração de conhecimentos para ajudar a compreender melhor a epidemiologia dos transtornos mentais e a eficácia, a efetividade e a rentabilidade dos tratamentos, serviços e políticas.

PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA

Os dados epidemiológicos são essenciais para a determinação de prioridades no âmbito da saúde e no da saúde mental, bem como para projetar e avaliar intervenções de saúde pública. Ainda assim, é escassa a informação disponível sobre a prevalência e a carga dos grandes transtornos mentais e comportamentais em todos os países, e especialmente nos em desenvolvimento. Assim também, há carência de estudos longitudinais examinando a progressão dos grandes transtornos mentais e comportamentais e seu relacionamento com os determinantes psicossociais, genéticos, econômicos e de outros tipos. A epidemiologia é também importante, dentre outras coisas, como instrumento de sensibilização, mas o fato é

que grande número de países não dispõem de dados para apoiar a promoção da saúde mental.

PESQUISA DE RESULTADOS DO TRATAMENTO, PREVENÇÃO E PROMOÇÃO

Só será possível reduzir a carga dos transtornos mentais e comportamentais se forem formuladas e disseminadas intervenções efetivas. Há necessidade de pesquisa para aperfeiçoar drogas mais eficazes que sejam específicas na ação e tenham menos efeitos colaterais adversos; tratamentos psicológicos e comportamentais mais eficazes; e programas mais efetivos de prevenção e promoção. Há também necessidade de pesquisa sobre a efetividade/custo desses tratamentos. São necessários mais conhecimentos para compreender qual tratamento, isoladamente ou combinado com outro, dá melhores resultados, e para quem. Como a adesão ao tratamento ou a um programa de prevenção ou promoção pode afetar diretamente os resultados, há também necessidade de pesquisa para ajudar a compreender os fatores que afetam essa adesão. Nisso se incluiria o exame de fatores ligados às crenças, atitudes e condutas dos pacientes e provedores; ao próprio transtorno mental e comportamental; à complexidade do regime de tratamento; ao sistema de prestação de serviços, compreendendo o acesso ao tratamento e sua acessibilidade econômica; e a certos determinantes gerais da saúde e das doenças mentais, como a pobreza, por exemplo.

Continua existindo uma lacuna de conhecimentos no tocante à eficácia e à efetividade de toda uma série de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais. Ao passo que a *pesquisa de eficácia* se refere ao exame dos efeitos de dada intervenção sob condições experimentais altamente controladas, a *pesquisa de efetividade* investiga os efeitos das intervenções em contextos ou condições nos quais a intervenção virá a ser realmente levada a cabo. Quando existe uma base estabelecida de conhecimentos a respeito da eficácia dos tratamentos, como é o caso de numerosas drogas psicotrópicas, é preciso que haja uma mudança de ênfase da investigação para a realização de pesquisas de efetividade. Ademais, há urgente necessidade de levar a cabo *pesquisas de implementação ou disseminação* dos fatores com maiores probabilidades de fomentar a adoção e utilização de intervenções efetivas na comunidade.

PESQUISA SOBRE POLÍTICAS E SERVIÇOS

Os sistemas de saúde mental estão passando por grandes reformas em muitos países, tais como a desinstitucionalização, o desenvolvimento de serviços baseados na comunidade e a integração no sistema geral de saúde. É interessante assinalar que essas reformas foram inicialmente estimuladas por fatores ideológicos, pelo desenvolvimento de novos modelos de tratamento farmacológico e psicoterapêutico e pela crença de que as formas alternativas de tratamento comunitário seriam mais efetivas em relação ao custo. Felizmente, existe hoje uma base indiciária, derivada de numerosos estudos controlados, a demonstrar a efetividade desses objetivos de política. Até agora, contudo, a maior parte das investigações foi gerada em países industrializados e há dúvidas quanto à viabilidade da generalização dos resultados para os países em desenvolvimento. Há, por isso, necessidade de pesquisas para orientar as atividades de reforma nestes últimos países.

Dada a importância crítica dos recursos humanos para a administração de tratamentos e a prestação de serviços, é preciso que a pesquisa examine os requisitos de treinamento para provedores de atenção em saúde mental. Existe, em particular, a necessidade de pesquisas controladas sobre o impacto a longo prazo das estratégias de treinamento e sobre a

efetividade diferencial dessas estratégias para diferentes provedores de atenção de saúde operando em diferentes níveis do sistema de saúde.

Assim também, há necessidade de pesquisa para compreender melhor o importante papel desempenhado pelo setor informal e determinar se, como e de que maneira a participação dos curandeiros tradicionais pode melhorar ou afetar negativamente os resultados do tratamento. Por exemplo, como pode o pessoal da atenção primária aumentar a colaboração com curandeiros tradicionais para melhorar o acesso, a identificação e o tratamento bem-sucedido de pessoas que sofrem transtornos mentais e comportamentais? Há necessidade de mais pesquisas para compreender melhor os efeitos de diferentes tipos de decisões sobre políticas com relação a acesso, equidade e resultados do tratamento, tanto em caráter geral como para os grupos menos favorecidos. Entre os exemplos de áreas para pesquisa contam-se o tipo de disposições contratuais entre adquirentes e provedores que poderia levar a uma prestação melhor de serviços de saúde mental e a melhores resultados entre os pacientes; o impacto de diferentes métodos de reembolso aos provedores sobre o acesso e o uso de serviços de saúde mental; e o impacto da integração de verbas para a saúde mental nos sistemas de financiamento geral da saúde.

PESQUISA ECONÔMICA

As avaliações econômicas das estratégias de tratamento, prevenção e promoção fornecerão informações úteis para apoio a um planejamento racional e a escolha de intervenções. Embora já tenham sido feitas algumas avaliações econômicas de intervenções de transtornos mentais e comportamentais (por exemplo, esquizofrenia, transtornos depressivos e demência), a avaliação econômica das intervenções em geral tende a ser rara. Neste caso também, a maioria esmagadora procede de países industrializados.

Existe em todos os países certa necessidade de mais pesquisas sobre os custos das doenças mentais e para avaliações econômicas dos programas de tratamento, prevenção e promoção.

PESQUISAS EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO E COMPARAÇÕES TRANSCULTURAIS

Em muitos países em desenvolvimento, há visível carência de pesquisas científicas sobre epidemiologia da saúde mental; serviços, tratamento, prevenção e promoção; e políticas. Sem tais pesquisas, não há base racional para guiar a sensibilização pública, o planejamento e a intervenção (Sartorius 1998b; Okasha e Karam 1998).

Não obstante muitas similaridades entre os problemas e serviços de saúde mental em diferentes países, o contexto cultural em que ocorrem pode apresentar marcadas diferenças. Assim como os programas precisam conformar-se à cultura local, assim também ocorre com a pesquisa. Não se devem importar instrumentos e métodos de pesquisa de um país para outro sem uma cuidadosa análise da influência e do efeito de fatores culturais sobre a sua fiabilidade e validade.

A OMS formulou diversos instrumentos e métodos transculturais de pesquisa, tais como o Exame da Condição Atual (ECA), o Sistema de Avaliação Geral em Neuropsiquiatria (SCAN), o Diagnóstico Composto Internacional para Entrevistas (CIDI), o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ), o *International Personality Disorder Examination* (IPDE), os *Diagnostic Criteria for Research* (IDC-10DCR), o *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHO-QOL) e o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHO-DAS) (Sartorius e Janca, 1996). Esses e outros instrumentos científicos terão de ser mais aperfeiçoados para permitir comparações internacionais válidas que possam ajudar a compreender os aspectos comuns e as diferenças na natureza dos transtornos mentais e seu manejo em diferentes culturas.

Uma lição dos últimos 50 anos é a de que atacar os transtornos mentais requer intervenção não somente da saúde pública como também da ciência e da política. O que se pode lograr com uma boa política oficial de saúde pública e boa ciência pode ser destruído pela política. Mesmo que haja apoio do ambiente político para a saúde mental, ainda é necessário que a ciência faça avançar a compreensão das complexas causas dos transtornos mentais e aperfeiçoar o seu tratamento.

CAPÍTULO 5

O Caminho a Seguir

É responsabilidade dos governos dar prioridade à saúde mental. Ademais, para muitos países, é indispensável o apoio internacional para iniciar programas de saúde mental. As ações a serem adotadas em cada país dependerão dos recursos disponíveis e da situação atual da atenção em saúde mental. Em geral, o relatório recomenda o seguinte: proporcionar tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária; assegurar a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos; substituir os grandes hospitais mentais carcerários por serviços comunitários apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e assistência domiciliar; lançar campanhas de conscientização do público para superar o estigma e a discriminação; envolver comunidades, famílias e usuários na tomada de decisões sobre políticas e serviços; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; preparar profissionais de saúde mental; vincular a saúde mental a outros setores sociais; monitorizar a saúde mental; e apoiar a pesquisa.

5

O CAMINHO A SEGUIR

A PROVISÃO DE SOLUÇÕES EFETIVAS

Este relatório mostrou que já houve consideráveis avanços na compreensão da saúde mental e sua relação inevitável com a saúde física. Esta nova concepção confere um cunho não somente desejável mas executável à abordagem da saúde mental pelo prisma da saúde pública.

Este relatório descreve também a magnitude e a carga dos transtornos mentais, demonstrando que eles são comuns—afetam pelo menos um quarto das pessoas em algum momento da vida—e ocorrem em todas as sociedades. Demonstra também que os transtornos mentais são ainda mais comuns entre os pobres, os idosos, as populações afetadas por conflitos e catástrofes e os que estão fisicamente enfermos. A carga imposta a essas pessoas e a suas famílias em termos de sofrimento humano, incapacidade e custos econômicos é tremenda.

Há soluções efetivas disponíveis para os transtornos mentais. Graças a progressos registrados no tratamento médico e psicológico, a maioria dos indivíduos e das famílias pode receber ajuda. Certos distúrbios mentais podem ser evitados, e a maioria pode ser tratada. Uma política e uma legislação esclarecida sobre saúde mental—apoiada pela formação de profissionais e financiamento suficiente e sustentável—podem contribuir para uma prestação apropriada de serviços aos que deles necessitam em todos os níveis da atenção de saúde.

Somente alguns países contam com suficientes recursos para a saúde mental. Alguns quase não os possuem. As já grandes desigualdades entre países e dentro deles no que se refere à atenção de saúde em geral são ainda maiores para a atenção em saúde mental. As populações urbanas, e particularmente os ricos, gozam de melhores condições de acesso, ficando os serviços essenciais fora do alcance de grandes populações. E para os doentes mentais, as violações dos direitos humanos são ocorrências corriqueiras.

Existe visível necessidade de iniciativas globais e nacionais para fazer face a esses problemas.

As recomendações para ação aqui contidas baseiam-se em dois níveis de evidência. O primeiro é a experiência cumulativa do desenvolvimento da atenção em saúde mental em muitos países e em diversos níveis de recursos. Parte dessa experiência, já ilustrada nos Capítulos 3 e 4, inclui a observação de iniciativas que lograram êxito e que malograram, muitas delas apoiadas pela OMS, numa ampla variedade de contextos.

O segundo nível de indícios provém da pesquisa científica disponível na bibliografia nacional e internacional. Embora a pesquisa operacional sobre o desenvolvimento de serviços de saúde mental ainda esteja na infância, existem indicações iniciais dos benefícios do desenvolvimento de programas de saúde mental. A maior parte da pesquisa disponível

vem de países de alta renda, embora tenham sido feitos alguns estudos em países de baixa renda durante os últimos anos.

A ação pode trazer benefícios em muitos planos. Estes compreendem os benefícios diretos dos serviços na atenuação dos sintomas associados com transtornos mentais, reduzindo o ônus geral dessas doenças mediante uma diminuição da mortalidade (por suicídio, por exemplo) e da incapacidade, e uma melhoria do funcionamento e da qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Existe também a possibilidade de benefícios econômicos (pelo incremento da produtividade) com a provisão oportuna de serviços, embora ainda sejam escassos os indícios comprobatórios deste aspecto.

Os países têm a responsabilidade de dar prioridade à saúde mental no seu planejamento para a saúde, bem como de pôr em prática as recomendações dadas adiante. Além disso, é indispensável que haja apoio internacional para que muitos países possam iniciar programas de saúde mental. Esse apoio dos organismos de desenvolvimento deve incluir tanto assistência técnica como financiamento.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

O relatório faz dez recomendações de caráter geral:

1. PROPORCIONAR TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O manejo e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas ter acesso mais fácil e mais rápido aos serviços—é preciso reconhecer que muitos já estão buscando assistência nesse nível. Isso não só proporciona uma atenção melhor como também reduz o desperdício resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos. Para que isso aconteça, porém, é preciso que o pessoal de saúde em geral receba treinamento nas aptidões essenciais da atenção em saúde mental. Esse treinamento garante o melhor uso dos conhecimentos disponíveis para o maior número de pessoas e possibilita a imediata aplicação de intervenções. Assim, a saúde mental deve ser incluída nos programas de formação, com cursos de atualização destinados a melhorar a efetividade no manejo de transtornos mentais nos serviços de saúde gerais.

2. DISPONIBILIZAR MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Devem ser fornecidos e estar constantemente disponíveis medicamentos psicotrópicos essenciais em todos os níveis da atenção de saúde. Esses medicamentos devem ser incluídos nas listas de drogas essenciais de todos os países, e as melhores drogas para tratamento de afecções devem estar disponíveis sempre que for possível. Em alguns países, isso pode exigir modificações na legislação regulamentadora. Esses medicamentos podem atenuar sintomas, reduzir a incapacidade, abreviar o curso de muitos transtornos e prevenir recorrências. Muitas vezes, eles proporcionam o tratamento de primeira linha, especialmente em situações nas quais não estão disponíveis intervenções psicossociais nem profissionais altamente capacitados.

3. PROPORCIONAR ATENÇÃO NA COMUNIDADE

A atenção baseada na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade da vida das pessoas com transtornos mentais crônicos do que o tratamento institucional. A transferência de pacientes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também efetiva

em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento. Os grandes hospitais psiquiátricos de tipo carcerário devem ser substituídos por serviços de atenção na comunidade, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e atenção domiciliar que atenda a todas as necessidades dos doentes que eram de responsabilidade daqueles hospitais. Essa mudança para a atenção comunitária requer a disponibilidade de trabalhadores em saúde e serviços de reabilitação no nível da comunidade, juntamente com a provisão de apoio em face de crises e proteção na moradia e no emprego.

4. EDUCAR O PÚBLICO

Devem ser lançadas em todos os países campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. A meta principal é reduzir os empecilhos ao tratamento e à atenção, aumentando a consciência da frequência dos transtornos mentais, sua susceptibilidade ao tratamento, o processo de recuperação e os direitos humanos das pessoas com tais transtornos. As opções de atenção disponíveis e seus benefícios devem ser amplamente divulgados, de tal forma que as respostas da população geral, dos profissionais, da mídia, dos formuladores de políticas e dos políticos reflitam os melhores conhecimentos disponíveis. Isso já é uma prioridade em diversos países e em várias organizações nacionais e internacionais. Uma bem planejada campanha de sensibilização e educação do público pode reduzir a estigmatização e a discriminação, fomentar o uso dos serviços de saúde mental e lograr uma aproximação maior entre a saúde mental e a saúde física.

5. ENVOLVER AS COMUNIDADES, AS FAMÍLIAS E OS USUÁRIOS

As comunidades, as famílias e os usuários devem ser incluídos na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços. Isso deve resultar num dimensionamento melhor dos serviços às necessidades da população e na sua melhor utilização. Ademais, as intervenções devem levar em conta a idade, o sexo, a cultura e as condições sociais, a fim de atender às necessidades das pessoas com transtornos mentais e de suas famílias.

6. ESTABELEECER POLÍTICAS, PROGRAMAS E LEGISLAÇÃO NACIONAIS

A política, os programas e a legislação sobre saúde mental constituem etapas necessárias de uma ação significativa e sustentada. E devem basear-se nos conhecimentos atuais e na consideração dos direitos humanos. A maioria dos países terá de elevar o nível atual das suas verbas para programas de saúde mental. Alguns que recentemente elaboraram ou reformularam suas políticas e leis registraram progresso na implementação de seus programas de atenção em saúde mental. As reformas da saúde mental devem fazer parte das reformas maiores do sistema de saúde. Os planos de seguro-saúde não devem discriminar contra as pessoas com transtornos mentais, a fim de proporcionar um acesso maior ao tratamento e reduzir o ônus da atenção.

7. PREPARAR RECURSOS HUMANOS

A maioria dos países em desenvolvimento precisa aumentar e aprimorar a formação de profissionais para a saúde mental, que darão atenção especializada e apoiarão programas de atenção primária de saúde. Falta na maioria dos países em desenvolvimento um número adequado daqueles especialistas para preencher os quadros dos serviços de saúde mental.

Uma vez formados, esses profissionais devem ser estimulados a permanecer em seus países, em cargos que façam o melhor uso das suas aptidões. Essa formação de recursos humanos é especialmente necessária para países que dispõem atualmente de poucos recursos. Embora a atenção primária ofereça o contexto mais vantajoso para a atenção inicial, há necessidade de especialistas para prover toda uma série de serviços. Em condições ideais, as equipes especializadas em atenção em saúde mental deveriam incluir profissionais médicos e não médicos, tais como psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais psiquiátricos e terapeutas ocupacionais, que podem trabalhar juntos com vistas à atenção e à integração total dos pacientes na comunidade.

8. FORMAR VÍNCULOS COM OUTROS SETORES

Outros setores além do da saúde, como educação, trabalho, previdência social e direito, bem como certas organizações não-governamentais, devem ter participação na melhoria da saúde mental das comunidades. As organizações não-governamentais devem mostrar-se muito mais atuantes, com papéis mais bem definidos, assim como devem ser estimuladas a dar maior apoio a iniciativas locais.

9. MONITORIZAR A SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

A saúde mental das comunidades deve ser monitorizada mediante a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e notificação sobre saúde. Os indicadores devem incluir tanto o número de indivíduos com transtornos mentais e a qualidade da atenção que recebem como algumas medidas mais gerais da saúde mental das comunidades. Essa monitorização ajuda a determinar tendências e detectar mudanças na saúde mental em resultado de eventos externos, tais como catástrofes. A monitorização é necessária a para verificar a efetividade dos programas de prevenção e tratamento de saúde mental, e fortalece, ademais, os argumentos em favor da provisão de mais recursos. São necessários novos indicadores para a saúde mental das comunidades.

10. DAR MAIS APOIO À PESQUISA

Há necessidade de mais pesquisas sobre os aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental a fim de melhorar a compreensão dos transtornos mentais e desenvolver intervenções mais efetivas. Tais pesquisas devem ser levadas a cabo numa ampla base internacional, visando a compreensão das variações de uma para outra comunidade e um conhecimento maior dos fatores que influenciam a causa, a evolução e o resultado dos transtornos mentais. É urgentemente necessário o fortalecimento da capacidade de investigação nos países em desenvolvimento.

MEDIDAS A TOMAR EM FUNÇÃO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS

Embora sejam aplicáveis em caráter geral, pareceria que a maioria das recomendações acima está muito além do alcance dos recursos de muitos países. Mas há aqui de tudo para todos. Com isto em mente, apresentam-se três diferentes cenários para ajudar a orientar especialmente os países em desenvolvimento para o que é possível dentro dos limitados recursos de que dispõem. Os cenários podem ser usados para identificar ações específicas. Além de serem relevantes para diferentes países, eles pretendem ser também relevantes para diferentes grupos populacionais dentro daqueles países. Isso reconhece o fato de que

existem áreas ou grupos em desvantagem em todos os países, inclusive aqueles que dispõem dos melhores recursos e serviços.

CENÁRIO A (BAIXO NÍVEL DE RECURSOS)

Este cenário refere-se principalmente a países de baixa renda onde há falta absoluta de recursos para saúde mental ou tais recursos são muito limitados. Tais países não têm políticas, programas ou legislação apropriada sobre saúde mental; ou, se existem, tais programas ou leis não são implementados efetivamente. Os recursos financeiros governamentais disponíveis para saúde mental são minúsculos, não chegando muitas vezes a 0,1% do orçamento total de saúde. Não existem psiquiatras nem enfermeiros psiquiátricos, ou os que existem são muito poucos para populações muito grandes. Os estabelecimentos existentes para pacientes internados atuam, quando existem, como hospitais psiquiátricos centralizados que oferecem mais atenção carcerária do que atenção em saúde mental, e muitas vezes têm menos de um lugar por 10.000 habitantes. Não há serviços de saúde mental na atenção primária ou comunitária, e raramente há medicamentos psicotrópicos essenciais disponíveis.

Embora este cenário seja observado principalmente em países de baixa renda, os serviços de saúde mental essenciais continuam fora do alcance das populações rurais, grupos indígenas e outros em vários países de alta renda. Em suma, o cenário A caracteriza-se por uma baixa consciência do problema e pouca disponibilidade de serviços.

Que se pode fazer em tais circunstâncias? Mesmo com recursos muito limitados, os países podem reconhecer imediatamente que a saúde mental é parte integrante da saúde geral e começar a organizar os serviços básicos de saúde mental como parte da atenção primária de saúde. Nem é preciso que isso venha a ser um exercício dispendioso, que seria grandemente fortalecido pela provisão de medicamentos neuropsiquiátricos essenciais e treinamento em serviço de todo o pessoal de saúde em geral.

CENÁRIO B (NÍVEL MÉDIO DE RECURSOS)

Em países compreendidos neste cenário, existem alguns recursos disponíveis para saúde mental, tais como centros de tratamento em grandes cidades ou programas piloto de atenção comunitária. Esses recursos, porém, não proporcionam sequer serviços essenciais de saúde mental para a população total. Provavelmente, tais países contam com políticas, programas e legislação sobre saúde mental, que não são, todavia, plenamente implementados. O orçamento governamental para saúde mental é inferior a 1% do orçamento total para a saúde. Há um número insuficiente de especialistas em saúde mental tais como psiquiatras e enfermeiros psiquiátricos para atender à população. Os provedores de atenção primária geralmente não têm formação em atenção em saúde mental. As dependências para atenção especializada têm menos de cinco lugares por 10.000 habitantes, e a maioria delas encontra-se em grandes hospitais psiquiátricos centralizados. A disponibilidade de medicamentos psicotrópicos e tratamento dos principais transtornos mentais na atenção primária é limitada e os programas comunitários de saúde mental são raros. Vêm dos registros de admissão e alta de hospitais psiquiátricos as únicas informações disponíveis nos sistemas de notificação sanitária. Em resumo, o cenário B caracteriza-se por uma consciência média e acesso médio à atenção em saúde mental.

Para esses países, a ação imediata deve ser a ampliação dos serviços de saúde mental para cobrir a população total. Pode-se fazer isso aumentando o treinamento de todo o pessoal de saúde em atenção essencial de saúde mental, proporcionando medicamentos neuropsiquiátricos em todos os serviços e colocando todas essas atividades no âmbito da

política de saúde mental. O ponto de partida deveria ser o fechamento dos hospitais de tipo carcerário e a construção de dependências de atenção comunitária. A atenção em saúde mental pode ser introduzida nos lugares de trabalho e nas escolas.

CENÁRIO C (ALTO NÍVEL DE RECURSOS)

Este cenário se relaciona principalmente com países industrializados com um nível relativamente alto de recursos para saúde mental. As políticas, programas e legislação de saúde mental são implementados de uma forma razoavelmente efetiva. A proporção das verbas totais de saúde consignada à saúde mental é de 1% ou mais do orçamento de saúde e existe um número suficiente de profissionais especializados em saúde mental. A maior parte dos provedores de atenção primária tem treinamento em atenção em saúde mental. Embora se façam esforços para identificar e tratar transtornos mentais maiores no âmbito da atenção primária, a efetividade e a cobertura podem ser insuficientes. As dependências de atenção especializada são mais abrangentes, mas a maioria delas pode estar ainda situada em hospitais psiquiátricos. Os psicotrópicos não são difíceis de obter e geralmente há serviços de base comunitária disponíveis. A saúde mental faz parte dos sistemas de informação sanitária, embora possam ser incluídos apenas uns poucos indicadores.

Mesmo naqueles países, há muitos obstáculos à utilização dos serviços disponíveis. As pessoas com distúrbios mentais e seus familiares sofrem estigmatização e discriminação. As políticas de seguros não proporcionam cobertura para atenção das pessoas com transtornos mentais no mesmo grau em que a proporcionam para doenças físicas.

A primeira medida que se impõe é aumentar a consciência do público, visando principalmente a redução do estigma e da discriminação. Segundo, os medicamentos e intervenções psicossociais mais novos devem ser disponibilizados como parte da atenção em saúde mental de rotina. Terceiro, devem-se desenvolver sistemas de informação sobre saúde mental. Quarto, devem ser iniciadas ou incentivadas pesquisas sobre efetividade/custo, assim como reunidas evidências sobre prevenção de transtornos mentais e levadas a cabo pesquisas básicas sobre as causas dos transtornos mentais.

As ações mínimas recomendadas, necessárias para a atenção em saúde mental nos três cenários, estão resumidas na Tabela 5.1. A tabela supõe que as ações recomendadas para os países do cenário A já tenham sido adotadas pelos países dos cenários B e C, e que haja uma acumulação daquelas ações em países com altos níveis de recursos.

Este relatório reconhece que, em todos os cenários, o lapso transcorrido do início das ações aos benefícios resultantes pode ser longo. Esta, porém, é uma razão a mais para encorajar todos os países a tomar medidas imediatas para melhorar a saúde mental de suas populações. Para os países mais pobres, embora esse passos iniciais possam ser pequenos, vale a pena dá-los assim mesmo. Para os ricos tanto como para os pobres, o bem-estar mental é tão importante como a saúde física. Para todos os que sofrem transtornos mentais, há esperança; pertence aos governos a responsabilidade de transformar essa esperança em realidade.

Tabela 5.1 Ação mínima necessária para atenção em saúde mental, com base em recomendações de caráter geral

Dez recomendações de ordem geral	Cenário A: Baixo nível de recursos	Cenário B: Nível médio de recursos	Cenário C: Alto nível de recursos
1. Proporcionar tratamento na atenção primária	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer a saúde mental como componente da atenção primária de saúde Incluir o reconhecimento e tratamento de transtornos mentais comuns nos currículos de formação de todo o pessoal de saúde Proporcionar treinamento de atualização a médicos da atenção primária (pelo menos 50% de cobertura em 5 anos) 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar material de treinamento com relevância local Proporcionar treinamento de atualização a médicos da atenção primária (100% de cobertura em 5 anos) 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a eficiência no manejo de transtornos mentais na atenção primária de saúde Melhorar os padrões de encaminhamento
2. Disponibilizar medicamentos psicotrópicos	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar a disponibilidade de 5 medicamentos essenciais em todos os contextos de atenção de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar a disponibilidade de todos os psicotrópicos essenciais em todos os contextos de atenção de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar acesso mais fácil a psicotrópicos mais novos em planos de tratamento públicos ou privados
3. Proporcionar atenção na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Tirar das prisões as pessoas com transtornos mentais Redimensionar para menos os hospitais psiquiátricos e melhorar a atenção dentro deles Desenvolver unidades psiquiátricas em hospitais gerais Proporcionar dependências para atenção na comunidade (pelo menos 20% de cobertura) 	<ul style="list-style-type: none"> Fechar os hospitais psiquiátricos carcerários Iniciar projetos piloto sobre integração da atenção em saúde mental na atenção de saúde geral Proporcionar dependências para atenção na comunidade (pelo menos 50% de cobertura) 	<ul style="list-style-type: none"> Fechar os hospitais psiquiátricos restantes Desenvolver dependências residenciais alternativas Proporcionar dependências para atenção na comunidade (100% de cobertura) Proporcionar atenção individualizada na comunidade a pessoas com transtornos mentais graves
4. Educar o público	<ul style="list-style-type: none"> Promover campanhas públicas contra o estigma e a discriminação Apoiar organizações não-governamentais na educação do público 	<ul style="list-style-type: none"> Usar os veículos de comunicação de massa para promover a saúde mental, fomentar atitudes positivas e ajudar a evitar transtornos 	<ul style="list-style-type: none"> Lançar campanhas públicas para reconhecimento e tratamento de transtornos mentais comuns
5. Envolver as comunidades, famílias e usuários	<ul style="list-style-type: none"> Apoiar a formação de grupos de ajuda mútua Financiar planos para organizações não-governamentais e iniciativas de saúde mental 	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar a representação de comunidades, famílias e usuários nos serviços e na formulação de políticas 	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar iniciativas de sensibilização
6. Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais	<ul style="list-style-type: none"> Revisar a legislação com base no conhecimento atual e na consideração dos direitos humanos Formular os programas e a política de saúde mental Aumentar as verbas para atenção em saúde mental 	<ul style="list-style-type: none"> Criar políticas sobre drogas e álcool nos níveis nacionais e subnacionais Aumentar as verbas para atenção em saúde mental 	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar a equidade no financiamento da saúde mental, inclusive os seguros
7. Preparar recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Formar psiquiatras e enfermeiros psiquiátricos 	<ul style="list-style-type: none"> Criar centros nacionais de treinamento para psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos 	<ul style="list-style-type: none"> Formar especialistas com aptidões para tratamento avançado
8. Formar vínculos com outros setores	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar programas de saúde mental nas escolas e locais de trabalho Incentivar as atividades de organizações não-governamentais 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer programas de saúde mental nas escolas e locais de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar dependências nas escolas e locais de trabalho para pessoas com transtornos mentais Iniciar programas de promoção da saúde mental baseados em evidências, em colaboração com outros setores
9. Monitorizar a saúde mental na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Incluir os transtornos da saúde mental nos sistemas de informações básicas de saúde Investigar grupos populacionais de alto risco 	<ul style="list-style-type: none"> Instituir a vigilância de transtornos específicos na comunidade (por exemplo, depressão) 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver sistemas avançados de monitorização da saúde mental Monitorizar a efetividade dos programas preventivos
10. Dar mais apoio à pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> Fazer realizar estudos em contextos de atenção primária sobre prevalência, evolução, resultados e impacto dos transtornos mentais na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> Instituir estudos de efetividade e efetividade/custo para manejo de transtornos mentais comuns na atenção primária de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar as pesquisas sobre as causas dos transtornos mentais Realizar pesquisas sobre prestação de serviços Investigar indicadores sobre prevenção de transtornos mentais

REFERÊNCIAS

- Abas MA, Broadhead JC** (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, **27**: 59-71.
- Almeida Filho N, Mari J de J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED** (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, **171**: 524-529.
- Al-Subaie AS, Marwa MKH, Hamari RA, Abdul-Rahim F-A** (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*, **25**: 59-68.
- American Psychiatric Association (APA)** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, American Psychiatric Association.
- Andrews G, Henderson S, Wayne Hall W** (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, **178**: 145-153.
- Andrews G, Peters L, Guzman A-M, Bird K** (1995). A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **29**: 124-132.
- Artaud A** (1935). Lettre ouverte aux médecins-chefs des asiles de fous. Paris, *La Révolution Surréaliste*, N° 3.
- Awam M, Kebede D, Alem A** (1999). Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **100**(Suppl 397): 56-64.
- Baingana F** (1990). Comunicação pessoal.
- Banco Mundial** (1993). *World development report 1993: investing in health*. Nova York, Oxford University Press, para o Banco Mundial.
- Banco Mundial** (1999). *Development in practice—Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, Banco Mundial.
- Batra A** (2000). Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung bei psychiatrischen Patienten. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, **68** (2): 80-92.
- Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guzem BH, Mazziotta JC, Alazraki A, Selin CE, Ferng HK, Munford P** (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, **49**(9): 681-689.
- Beers C** (1908). *A mind that found itself: an autobiography*. Nova York, Longmans Green.
- Berke J, Hyman SE** (2000). Addiction, dopamine and the molecular mechanisms of memory. *Neuron*, **25**: 515-532.
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G** (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **33**: 587-595.
- Bodekar G** (2001). Lessons on integration from the developing world's experience. *British Medical Journal*, **322**(7279): 164-167.

- Bower P, Byford S, Sibbald B, Ward E, King M, Lloyd M, Gabbay M** (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, **321**: 1389-1392.
- Bowles JR** (1995). Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. Em: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D. *Preventive strategies on suicide*. Lieden, Brill: 173-206.
- Brookmeyer R, Gray S** (2000). Methods for projecting the incidence and prevalence of chronic diseases in aging populations: application to Alzheimer's disease. *Statistics in Medicine*, **19**(1112): 1481-1493.
- Brown GW, Birley JLT, Wing JK** (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: a replication. *British Journal of Psychiatry*, **121**: 241-258.
- Butcher J** (2000). A Nobel pursuit. *Lancet*, **356**(9328): 1331.
- Butzlaff RL, Hooley JM** (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, **55**(8): 547-552.
- Caldwell CB, Gottesman II** (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, **16**: 571-589.
- Castellanos FX, Giedd JN, Eckburg P** (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, **151**(12): 1791-1796.
- Chisholm D, Sekar K, Kumar K, Kishore K, Saeed K, James S, Mubbashar M, Murthy RS** (2000). Integration of mental health care into primary care: demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, **176**: 581-588.
- Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE** (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 3278-3285.
- Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP** (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, **325**(9): 606-612.
- Collins D, Lapsley G** (1996). *The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992*. Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health, Australian Government Printing Service (Monograph No. 30).
- Collins PY, Adler FW, Boero M, Susser E** (1999a). Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, **28**: 316.
- Collins PY, Lumerman J, Conover S, Susser E** (1999b). Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, **28**: 1724.
- Conolly J** (1856). *The treatment of the insane without mechanical restraints*. Londres, Smith, Elder & Co.
- Cooper PJ, Murray L** (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, **316**: 1884-1886.
- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl D, Tweed D, Erkanli A, Worthman CM** (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 1129-1136.
- Cottraux J** (1993). Behaviour therapy. Em: Sartorius N, De Girolamo G, Andrews G, German A, Eisenberg L. *Treatment of mental disorders: a review of effectiveness*. Genebra, Organização Mundial da Saúde: 199-235.
- Cuajungco MP, Lees GJ** (1997). Zinc and Alzheimer's disease: is there a direct link? *Brain Research*, **23**(3): 219-236.

- Czerner TB** (2001). *What makes you tick? The brain in plain English*. Nova York, John Wiley & Sons.
- Delange F** (2000). The role of iodine in brain development. *Proceedings of the Nutrition Society*, **59**(1): 75-79.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A** (1995). World mental health: problems and priorities in low-income countries. Nova York, Oxford University Press.
- Dill E, Dill C** (1998). Video game violence: a review of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, **3**(4): 407-428.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW** (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 2101-2107.
- Dixon L, Adams C, Lucksted A** (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **26**: 5-20.
- Dixon LB, Lehman AF** (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4): 631-643.
- Dixon LB, Lehman AF, Levine J** (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4): 567-577.
- Drouet B, Pincon-Raymond M, Chambaz J, Pillot T** (2000). Molecular basis of Alzheimer's disease. *Cellular and Molecular Life Sciences*, **57**(5): 705-715.
- Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH** (1997). *The treatment of drinking problems: a guide to helping professions*, terceira edição. Cambridge, Cambridge University Press.
- El-Din AS, Kamel FA, Randa M, Atta HY** (1996) Evaluation of an educational programme for the development of trainers in child mental health in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **2**: 482-493.
- Ellsberg MC, Pena R, Herrera A, Winkvist A, Kullgren G** (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study. *American Psychologist*, **54**: 30-36.
- Erickson MF** (1989). The STEEP Programme: helping young families alone at risk. *Family Resource Coalition Report*, **3**: 14-15.
- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L** (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, **150**: 285-292.
- Feksi AT, Kaamugisha J, Sander JW, Gatiti S, Shorvon SD** (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *Lancet*, **337**(8738): 406-409.
- Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML** (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, **160**(9): 1261-1268.
- Fraser SFH, McGrath, St HJohn D** (2000). Information technology and telemedicine in sub-Saharan Africa (editorial). *British Medical Journal*, **321**: 465-466.
- Gallagher SK, Mechanic D** (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Social Science and Medicine*, **42**(12): 1691-1701.
- Gallegos A, Montero F** (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, **28**: 25-30.

- Geerlings SW, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg W** (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, **30**(2): 369-380.
- Girolomo G de, Cozza M** (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, **23**(34): 197-214.
- Gittelman M** (1998). Public and private managed care. *International Journal of Mental Health*, **27**: 317.
- Goff DC, Henderson DC, Amico D** (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, **149**: 1189-1194.
- Gold JH** (1998). Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **186**(12): 769-775.
- Goldberg DP, Lecrubier Y** (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. Em: Üstün TB, Sartorius N, orgs. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons para a Organização Mundial da Saúde: 323-334.
- Gomel MK, Wutzke SE, Hardcastle DM, Lapsley H, Reznik RB** (1995). Cost-effectiveness of strategies to market and train primary healthcare physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, **47**: 203-211.
- Gomez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA, Puche E, Vila V** (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **89**: 352-357.
- Goodman E, Capitman J** (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, **106**(4): 748-755.
- Goodwin FK, Jamison KR** (1990). Suicide, in manic-depressive illness. Nova York, Oxford University Press: 227-244.
- Gossop M, Stewart MS, Lehman P, Edwards C, Wilson A, Segar G** (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. *British Journal of Psychiatry*, **173**: 166-171.
- Graham P, Orley J** (1998). WHO and the mental health of children. *World Health Forum*, **19** (3): 268-272.
- Griffiths K, Christensen H** (2000). Quality of web-based information on treatment of depression: cross-sectional survey. *British Medical Journal*, **321**: 1511-1515.
- Gureje O, Odejide AO, Olatawura MO, Ikuesan BA, Acha RA, Bamidele RW, Raji OS** (1995). Results from the Ibadan centre. Em: Üstün TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester John Wiley & Sons para a Organização Mundial da Saúde: 157-173.
- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R** (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, **280**(2): 147-151.
- Hakimi M, Hayati EN, Marlinawati VU, Winkvist A, Ellsberg M** (2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java*. Yogyakarta, Program for Appropriate Technology in Health.
- Harnois G, Gabriel P** (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Genebra, Organização Mundial da Saúde e Organização Mundial do Trabalho (WHO/MSD/MPS/00.2).
- Harpham T, Blue I** (1995). Urbanization and mental health in developing countries. Aldershot, RU, Avebury.
- Harris J, Best D, Man L, Welch S, Gossop M, Strang J** (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology*, **5**: 443-450.

Harwood H, Fountain D, Livermore G (1998). *The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States, 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No. 98-4327).

Hauenstein EJ, Boyd MR (1994). Depressive symptoms in young women of the Piedmont: prevalence in rural women. *Women and Health*, **21**(2/3): 105-123.

Heather N (1995). *Le traitement des problèmes d'alcool. Plan d'action européen contre l'alcoolisme*. Copenhagen, Organização Mundial da Saúde (OMS, Regional Publications, European Series, No 65).

Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, **284**(5): 592-597.

Hoge MA, Davidson L, Griffith EEH, Jacobs S (1998). The crisis of managed care in the public sector. *International Journal of Mental Health*, **27**: 52-71.

Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, **143**: 993-997.

Hyman SE (2000). Mental illness: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron*, **28**: 321-323.

ILAE/IBE/WHO (2000). *Global campaign against epilepsy*. Geneva, Organização Mundial da Saúde.

Indian Council of Medical Research (ICMR) (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, Indian Council of Medical Research (dados inéditos).

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2000). *World disasters report* [Relatório sobre as catástrofes no mundo]. Geneva, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

International Network of Clinical Epidemiologists (INCLIN) (2001). *World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE)*. Manila, International Network of Clinical Epidemiologists.

Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph*, **20** (Suppl).

Jaffe JH (1995). *Encyclopedia of drugs and alcohol*, Volume 1. Nova York, Simon and Schuster.

Jernigan DH, Monteiro M, Room R, Saxena S (2000). Towards a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, **78** (4): 491-499.

Katona C, Livingston G (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *Lancet*, **356**: 91.

Kellerman AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Benton JG, Prodzinski J, Fligner C, Hackman BB (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, **327**: 467-472.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, **51**: 8-19.

Kielcot-Glaser JK, Page GG, Marucha PT, MacCallum RC, Glaser R (1999). Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, **53**(11): 1209-1218.

- Kilonzo GP, Simmons N** (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, **47**: 419-428.
- Klein N** (1999). No logo: taking on the brand bullies. Nova York, Picador.
- Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J** (1998). Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. Em: Dohrenwend BP. *Adversity, stress, and psychopathology*. Oxford, Oxford University Press: 235-284.
- Kopp MS, Skrabski A, Szedmark S** (2000). Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science and Medicine*, **51**: 1351-1361.
- Kuipers L, Bebbington PE** (1990). *Working partnership: clinicians and carers in the management of longstanding mental illness*. Oxford, Heinemann Medical.
- Kulhara P, Wig NN** (1978). The chronicity of schizophrenia in North-West India. Results of a follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, **132**: 186-190.
- Lasser K, Wesley Boyd J, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH** (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, **284**: 2606-2610.
- Leavell HR, Clark HG** (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*, terceira edição. Nova York, McGraw-Hill Book Co.
- Leff J, Gamble C** (1995). Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, **24**: 76-88.
- Leff J, Wig NN, Ghosh A, Bedi A, Menon DK, Kuipers L, Morten A, Ernberg G, Day R, Sartotius N, Jablensky A** (1987). Expressed emotion and schizophrenia in north India. III: Influences of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, **151**: 166-173.
- Lehman AF, Steinwachs DM and the co-investigators of the PORT Project** (1998). At issue: translating research into practice. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, **24**(1): 1-10.
- Leon DA, Shkolnikov VM** (1998). Social stress and the Russian mortality crisis. *Journal of the American Medical Association*, **279**(10): 790-791.
- Leonardis M de, Mauri D, Rotelli F** (1994). *L'impresa sociale*. Milan, Anabasi.
- Leshner AI** (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, **278**(5335): 45-47.
- Lester D** (1995). Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. Em: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D. *Preventive strategies on suicide*. Lieden (Pays-Bas), Brill: 163172.
- Lester D, Murrell ME** (1980). The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, **137**: 121-122.
- Levav I, Gonzalez VR** (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **101**: 83-86.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA** (1993). Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, **102**: 133-144 (erratum, **102**: 517).
- Lewis DA, Lieberman JA** (2000). Catching up on schizophrenia: natural history and neurobiology. *Neuron*, **28**: 325-334.

- Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen A, Aro H** (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **102**: 178-184.
- Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE** (2000). Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, **23**(5): 618-623.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB** (1995). Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, **18**(8): 1133-1139.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB** (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, **59**(3): 241-250.
- Maj M, Janssen R, Starace F, Zaudig M, Satz P, Sughondhabiro B, Luabeya M, Riedel R, Ndeti D, Calil B, Bing EG, St Louis M, Sartorius N** (1994a). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase I: Study design and psychiatric findings. *Archives of General Psychiatry*, **51**(1): 39-49.
- Maj M, Satz P, Janssen R, Zaudig M, Starace F, D'Elia L, Sughondhabiro B, Mussa M, Naber D, Dnetei D, Schulte G, Sartorius N** (1994b). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase II: Neuropsychological and neurological findings. *Archives of General Psychiatry*, **51**(1): 51-61.
- Management Sciences for Health** (a partir de 2001, em colaboração com a OMS). *International drug price indicator guide*. Arlington, Virginia, Management Sciences for Health.
- Mani KS, Rangan G, Srinivas HV, Srinidharan VS, Subbakrishna DK** (2001). Epilepsy control with phenobarbital or phenytoin in rural south India: the Yelandur study. *Lancet*, **357**: 1316-1320.
- McGorry PD** (2000). Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **34** (suppl.): 145-149.
- McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD** (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, **284**(13): 1689-1695.
- Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Maas PJ van der** (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*, **317**: 111-115.
- Mendlowicz MV, Stein MB** (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, **157**(5): 669-682.
- Merkl PE** (1993). Which are today's democracies? *International Social Science Journal*, **136**: 257-270.
- Mishara BL, Ystgaard M** (2000). Exploring the potential for primary prevention: evaluation of the Befrienders International Reaching Young People Pilot Programme in Denmark. *Crisis*, **21**(1): 4-7.
- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B** (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, **276**(21): 1725-1731.
- Mohit A** (1999). Mental health in the Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization with a view to future trends. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **5**: 231-240.
- Mohit A, Saeed K, Shahmohammadi D, Bolhari J, Bina M, Gater R, Mubbashar MH** (1999). Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **5**: 231-240.

- Morita H, Suzuki M, Suzuki S, Kamoshita S** (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **34**: 317-332.
- Mubbashar MH** (1999). Mental health services in rural Pakistan. Em: Tansella M, Thornicroft G. *Common mental disorders in primary care*. Londres, Routledge.
- Murray CJL, Lopez AD** (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts Harvard School of Public Health para a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I.)
- Murray CJL, Lopez AD** (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, **9**: 69-82.
- Murray CJL, Lopez AD, orgs.** (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, Massachusetts (Etats Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [para a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial] (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
- Murray CJL, Lopez AD, orgs.** (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990/2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, **349**: 1498-1504.
- Mynors-Wallis L** (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry Medicine*, **26**: 249-262.
- Nações Unidas** (1957; 1977). *Standard minimum rules for the treatment of prisoners*. Nova York, Nações Unidas (ECOSOC resolution 663C (XXIV); (ECOSOC resolution 2076 (LXII)).
- Nações Unidas** (1989). *Convention on the Rights of the Child*. Nova York, Nações Unidas, (UNGA document A/RES/44.25).
- Nações Unidas** (1991). *The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*. UN General Assembly resolution A/RES/46.119. Disponível no sítio da Internet <http://www.un.org/ga/documents/gadocs.htm>
- Narayan D, Chambers R, Shah MK, Petesch P** (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. Nova York, Oxford University Press [para o Banco Mundial].
- National Human Rights Commission** (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi (India), National Human Rights Commission of India.
- New Mexico Department of Health** (2001). *Alcohol-related hospital charges in New Mexico for 1998 estimated at \$51 million*. New Mexico Department of Health (Press Release, 16 January 2001).
- Newman SC, Bland RC, Orn HT** (1998). The prevalence of mental disorders in the elderly in Edmonton: a community survey using GMS-AGECAT. *Canadian Journal of Psychiatry*, **43**: 910-914.
- NIDA** (2000). *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. Bethesda, Maryland, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No.00-4180).
- Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, Sempos CT, Marks JS, Sempos EV** (1998). Causes of declining life expectancy in Russia. *Journal of the American Medical Association*, **279**(10): 793-800.
- O'Brien SJ, Menotti-Raymond M, Murphy WJ, Nash WG, Wienberg J, Stanyon R, Copeland NG, Jenkins NA, Womack JE, Marshall Graves JA** (1999). The promise of comparative genomics in mammals. *Science*, **286**: 458-481.
- Okasha A, Karam E** (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 406-413.
- OPAS** (1991). Declaration of Caracas, 1990. *International Digest of Health Legislation*, **42**(2): 361-363.

- Organização Mundial da Saúde** (1975). *Organization of mental health services in developing countries. Sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health. December 1974*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1975 (WHO Technical Report Series, No 564).
- Organização Mundial da Saúde** (1988). *Benzodiazepines and therapeutic counselling. Report from a WHO Collaborative Study*. Berlim, Springer-Verlag.
- Organização Mundial da Saúde** (1989). *Consumer involvement in mental health and rehabilitation services*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (documento inédito WHO/MNH/MEP/89.7).
- Organização Mundial da Saúde** (1990). *WHO child care facility schedule*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, (documento inédito WHO/MNH/PSF/90.3).
- Organização Mundial da Saúde** (1992^a). *International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision 1992 (ICD-10). Vol. 1: Tabular list. Vol.2: Instruction manual. Vol 3: Alphabetical index*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde** (1992^b). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde** (1993^a). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde** (1993^b). *CIM-10/ICD-10. Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V (F): troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, Masson, Paris.
- Organização Mundial da Saúde** (1993^c). *Essential treatments in psychiatry*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, (documento inédito WHO/MNH/MND/93.26).
- Organização Mundial da Saúde** (1994). *Cause-of-death statistics and vital rates, civil registration Systems and alternative sources of information. World Health Statistics Annual 1993. Section A/B-3: China: 11-17*.
- Organização Mundial da Saúde** (1995). *Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, (documento inédito WHO/MNH/MND/96.2).
- Organização Mundial da Saúde** (1996). *WHO Brief Intervention Study Group: a cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. American Journal of Public Health, 86: 948-955*.
- Organização Mundial da Saúde** (1997^a). *Violence against women*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (documento inédito WHO/FRH/WHD/97.8).
- Organização Mundial da Saúde** (1997^b). *An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations: Nations for Mental Health*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, (documento inédito WHO/MSA/NAM/97.3).
- Organização Mundial da Saúde** (1998). *WHO Expert Committee on Drug Dependence, thirtieth report*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, (WHO Technical Report Series, No 873).
- Organização Mundial da Saúde** (1999). *Global status report on alcohol*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, (documento inédito WHO/HSC/SAB/99.11).
- Organização Mundial da Saúde** (2000^a). *Gender and the use of medications: a systematic review*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, (documento de trabalho inédito WHO/GHW).
- Organização Mundial da Saúde** (2000^b). *Women's mental health: an evidence-based review*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (documento inédito WHO/MSD/MHP/00.1).
- Organização Mundial da Saúde** (2000^c). *The World Health Report 2000—Health systems improving performance*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

- Organização Mundial da Saúde** (2001). *Mental health resources in the world: Initial results of Projeto ATLAS*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (Fact Sheet No 260, abril 2001).
- Orley J, Keyken W** (1994). *Quality of life assessment: international perspectives*. Basileia, Springer-Verlag.
- Orley J, Saxena S, Herrman H** (1998). Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*, **172**: 291-293.
- Pai S, Kapur RL** (1982). Impact on treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, **12**: 651-658.
- Pal DK, Das T, Chaudhury G, Johnson AL, Neville B** (1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *Lancet*, **351**(9095): 19-23.
- Patel A, Knapp MRJ** (1998). Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*, **5**: 4-10.
- Patel V** (2001). Poverty, inequality, and mental health in developing countries. Em: Leon D, Walt G. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press: 247-261.
- Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C** (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*, **49**: 1461-1471.
- Paykel ES** (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **377** (Suppl): 50-58.
- Pearson V** (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, **38**: 163-178.
- Pearson V** (1995). Goods on which one loses: women and mental health in China. *Social Science and Medicine*, **41**(8): 1159-1173.
- Pharaoh FM, Marij J, Streiner D** (2000). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Collaboration database of systematic reviews*, Issue 1: 1-36.
- Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Polerleau CS** (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, **7**(3): 373-378.
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA** (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, **156**(10): 1590-1595.
- Ranrakha S, Caspi A, Dickson N, Moffitt TE, Paul C** (2000). Psychiatric disorders and risky sexual behaviours in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *British Medical Journal*, **321**(7256): 263-266.
- Rashliesel J, Scott K, Dixon L** (1999). Co-occurring severe mental illness and substance abuse disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services*, **50**(11): 1427-1434.
- Reed GM, Kemeny ME, Taylor SE, Wang HYJ, Vissher BR** (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, **13**(4): 299-307.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ** (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry* **45**: 977-986.
- Rezaki MS, Ozgen G, Kaplan I, Gursoy BM, Sagduyu A, Ozturk OM** (1995). Results from the Ankara centre. Em: Üstun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons para a Organização Mundial da Saúde: 39-55.

- Rice DP, Fox PJ, Max W, Webber PA, Lindeman DA, Hauck WW, Segura E** (1993). The economic burden of Alzheimer's disease care. *Health Affairs*, **12**(2): 164-176.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS** (1991). Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports*, **106**(3): 280-292.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS, Dummeyer S** (1990). The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985. Rockville, Maryland, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 901-694).
- Riley L, Marshall M** (1999). *Alcohol and public health in eight developing countries*. Geneva, Organização Mundial da Saúde (documento inédito WHO/HSC/SAB/99.9).
- Rosenbaum JF, Hylan TR** (1999). Costs of depressive disorders. Em Maj M, Sartorius N, orgs. *Evidence and practice in psychiatry: depressive disorders*. Nova York, John Wiley & Sons: 401-449.
- Rosenberg ML, Mercy JA, Potter LB** (1999). Firearms and suicide. *New England Journal of Medicine*, **341**: 1609-1611.
- Rosow I** (2000). Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems*, **27**(3): 397-334.
- Rutz W, Knorrung L, Walinder, J** (1995). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **85**: 83-88.
- Saeed K, Rehman I, Mubbashar MH** (2000). Prevalence of psychiatric morbidity among the attendees of a native faithhealer at Rawalpindi. *Journal of College of Physicians and Surgeons of Pakistan*, **10**: 7-9.
- Sankar R, Pulger T, Rai B, Gomathi S, Gyatso TR, Pandav CS** (1998). Epidemiology of endemic cretinism in Sikkim, India. *Indian Journal of Pediatrics*, **65**(2): 303-309.
- Saraceno B, Barbui C** (1997). Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, **42**: 285-290.
- Sartorius N** (1997). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, **170**: 297.
- Sartorius N** (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*, **352**(9133): 1058-1059.
- Sartorius N** (1998b). Scientific work in the Third World Countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 345-347.
- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R** (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, **16**: 909-928.
- Sartorius N, Janca A** (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **31**(2): 55-69.
- Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Rodriguez E, Imber SD, Perel J, Lave J, Houck PR, Coulehan JL** (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 913-919.
- Schulberg HC, Katon W, Simon GE, Rush J** (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, **55**: 1121-1127.
- Scott RA, Lhatoo SD, Sander JWAS** (2001). The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here? *Bulletin of the World Health Organization*, **79**: 344-351.

- Senanayake N, Román GC** (1993). Epidemiology of epilepsy in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, **71**: 247-258.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino C, Regier DA** (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**: 865-877.
- Somasundaram DJ, van de Put WA, Eisenbach M, Jong JT de** (1999). Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, **48**(8): 1029-1046.
- Spagna ME, Cantwell DP, Baker L** (2000). Reading disorder. Em: Sadock BJ, Sadock VA, etc. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Filadélfia, Lippincott Williams & Wilkins: 2614-2619.
- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E** (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, **2**(8668): 888-891.
- Srinivasa Murthy R** (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, **356**: 39.
- Sriram TG, Chandrasekar CR, Issac MK, Srinivasa Murthy R, Shanmugam V** (1990). Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **81**: 414-417.
- Starace F, Baldassarre C, Biancolilli V, Fea M, Serpelloni G, Bartoli L, Maj M** (1998). Early neuropsychological impairment in HIV-seropositive intravenous drug users: evidence from the Italian Multicentre Neuropsychological HIV Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **97**(2): 132-138.
- Steinhausen HC, Winkler C, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R** (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 262-271.
- Summerfield D** (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, **322** (7278): 95-98.
- Tadesse B, Kebede D, Tegegne T, Alem A** (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **100** (Suppl): 92-97.
- Talbott, JA** (1999). The American experience with managed care—how Europe can avoid it. Em Guimon J, Sartorius N, orgs. *Manage or perish? The challenges of managed mental health in Europe*. Nova York, Kluwer.
- Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, Kasemsup V** (2000). Health aspects of rapid socioeconomic changes in Thailand. *Social Science and Medicine*, **51**: 789-807.
- Tansella M, Thornicroft G, orgs.** (1999). *Common mental disorders in primary care*. Londres, Routledge.
- Thara R, Eaton WW** (1996). Outcome of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **30**(4): 516-522.
- Thara R, Henrietta M, Joseph A, Rajkumar S, Eaton WW** (1994). Ten-year course of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **90**: 344-351.
- Thornicroft G, Sartorius N** (1993). The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychological Medicine*, **23**: 1023-1032.
- Thornicroft G, Tansella M** (2000). *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (documento inédito).

- Tomov T** (1999). Central and Eastern European countries. Em Thornicroft G, Tansella G. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press: 216-227.
- True WR, Xian H, Scherrer JF, Madden PAF, Kathleen K, Health AC, Andrew C, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M** (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, **56**: 655-661.
- UK700 Group** (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, **175**: 426-432.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)** (2000). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva, UNAIDS.
- Upanne M, Hakanen J, Rautava M** (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation*. Saarijävi (Finlândia), Stakes.
- US Department of Health and Human Services (DHHS)** (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General Executive summary*. Rockville, Maryland, Department of Health and Human Services, US Public Health Service.
- US Department of Health and Human Services (DHHS)** (2001). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: a national action agenda*. Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services.
- Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, Bickenbach J, and the WHO/NIH Joint Project CAR Study Group** (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet*, **354**(9173): 111-115.
- Üstün TB, Sartorius N** (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester (Royaume-Uni), John Wiley & Sons para a Organização Mundial da Saúde.
- Vijayakumar L** (2001). Comunicação pessoal.
- Von Korff M, Moore JE, Lorig K, Cherkin DC, Saunders K, Gonzalez VM, Laurent D, Rutter C, Comite F** (1998). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, **23**(23): 2608-2615.
- Vos T, Mathers CD** (2000). The Burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(4): 427-438 (resumo em francês).
- Vroublevsky A, Harwin J** (1998). Rússia. Em: Grant M. *Alcohol and emerging markets: patterns, problems and responses*. Philadelphia, Pennsylvania, Brunner Mazel: 203-223.
- Wang X, Gao L, Zhang H, Zhao C, Shen Y, Shinfuku N** (2000). Post-earthquake quality of life and psychological well being: longitudinal evaluation in a rural community sample in Northern China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **54**: 427-433.
- Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farelly S, Gabbay M, Tarrier N, Addington-Hall J** (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, **321**: 1381-1388.
- Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, Joyce PR, Oakley-Browne MA** (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **23**: 315-326.
- Weyerer S, Castell R, Biener A, Artner K, Dilling H** (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 314-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **77**: 290-296.

- Whiteford H, Thompson I, Casey D** (2000). The Australian mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, **23**(34): 403-417.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology** (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(4): 413-426 (resumo em francês).
- WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence**. Preliminary results (2001). Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC** (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, **12**: 274-283.
- Williams DR, Williams-Morris, R** (2000). Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity and Health*, **5**(3/4): 243-268.
- Winefield HR, Harvey EJ** (1994). Needs of family care-givers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **20**(3): 557-566.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N** (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Londres, Cambridge University Press.
- Wintemute GJ, Parham CA, Beaumont JJ, Wright M, Drake C** (1999). Mortality among recent purchasers of handguns. *New England Journal of Medicine*, **341**: 1583-1589.
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G** (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, **28**: 109-126.
- Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D and Participants in the Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials** (1991). *British Journal of Psychiatry*, **159**: 645-653.
- Xu Huilan, Xiao Shuiyuan, Chen Jiping, Lui Lianzhong** (2000). Epidemiological study on committed suicide among the elderly in some urban and rural areas of Hunan province, China. *Chinese Mental Health Journal*, **14**(2): 121-124.
- Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE** (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 1818-1823.
- Zimmerman M, McDermut W, Mattia JI** (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, **157**: 1337-1340.

Agradecimentos

Grupo Consultivo Central

Anarfi Asamoah-Baah
Ruth Bonita
Jane Ferguson
Bill Kean
Lorenzo Savioli
Mark Szczeniowski
Bedirhan Üstün
Eva Wallstam

Grupos Consultivos Regionais

AFRO

Jo Asare (Gana)
Florence Baingana (Banco Mundial)
Mariamo Barry (Guiné)
Mohammed Belhocine (AFRO)
Tecla Butau (AFRO)
Fidelis Chikara (Zimbábue)
Joseph Delafosse (Costa do Marfim)
Fatoumata Diallo (AFRO)
Melvin Freeman (África do Sul)
Geeneswar Gaya (Ilhas Maurício)
Eric Grunitzky (Togo)
Momar Gueye (Senegal)
Mohammed Hacen (AFRO)
Dia Houssenou (Mauritânia)
Baba Koumare (Mali)
Itzhack Levav (Israel)
Mapunza-ma-Mamiezi (República Democrática do Congo)
Custodia Mandlhate (AFRO)
Elisabeth Matare (WFMH)
Ana Paula Mogue (Moçambique)
Patrick Msoni (Zâmbia)
Mercy Ngowenha (Zimbábue)
Felicien N'Tone Enime (Camarões)
Olabisi Odejide (Nigéria)
David Okello (AFRO)
Michel Olatuwara (Nigéria)
Brian Robertson (África do Sul)
Bokar Toure (AFRO)

AMRO

José Miguel Caldas de Almeida (AMRO-PAHO)
René Gonzales (Costa Rica)
Matilde Maddaleno (AMRO-PAHO)
Maria Elena Medina-Mora (México)
Cláudio Miranda (AMRO-PAHO)
Winnifred Michel-Frable (EUA)
Grayson Norquist (EUA)
Juan Ramos (EUA)
Darrel Regier (EUA)
Jorge Rodriguez (Guatemala)
Heather Stuart (Canadá)
Charles Thesiger (Jamaica)
Benjamin Vincente (Chile)

EMRO

Youssef Adbdulghani (Arábia Saudita)
Ahmed Abdullatif (EMRO)

Fouad Antoun (Líbano)
Ahmed Abou Dannoun (Jordânia)
Abdullah El Eryani (Iêmen)
Zohier Hallaj (EMRO)
Ramez Mahaini (EMRO)
Abdel Masih Khalef (Síria)
Abdelhay Mechbal (EMRO)
Driss Moussaoui (Marrocos)
Malik Mubbashar (Paquistão)
Mounira Nabli (Tunísia)
Ayad Nouri (Iraque)
Ahmad Okasha (Egito)
Omar Shaheen (Egito)
Davoud Shahmohammadi (República Islâmica do Irã)
Gihan Tawile (EMRO)

EURO

Fritz Henn (Alemanha)
Clemens Hosman (Holanda)
Maria Kopp (Hungria)
Valery Krasnov (Rússia)
Ulrik Malt (Noruega)
Wolfgang Rutz (EURO)
Danuta Wasserman (Suécia)

SEARO

Nazmul Ahsan (Bangladesh)
Somchai Chakrabhand (Tailândia)
Vijay Chandra (SEARO)
Chencho Dorji (Butão)
Kim Farley (WR - Índia)
Mohan Issac (Índia)
Nyoman Kumara Rai (SEARO)
Sao Sai Lon (Mianmá)
Rusdi Maslim (Indonésia)
Nalaka Mendis (Sri Lanka)
Imam Mochny (SEARO)
Davinder Mohan (Índia)
Sawat Ramaboot (SEARO)
Diyath Samarasinghe (Sri Lanka)
Omaj Sutisnaputra (SEARO)
Than Sein (SEARO)
Kapil Dev Upadhyaya (Nepal)

WPRO

Abdul Aziz Abdullah (Malásia)
Iokapeta Enoke (Samoa)
Gauden Galea (WPRO)
Helen Herrman (Austrália)
Lourdes Ignácio (Filipinas)
Linda Milan (WPRO)
Masato Nakauchi (WPRO)
Masahisa Nishizono (Japão)
Bou-Yong Rhi (República da Coréia)
Shen Yucun (China)
Nguyen Viet (Vietnã)

Colaborações Adicionais de:

Sarah Assamagan (EUA)
José Ayuso-Mateos (WHO)
Meena Cabral de Mello (WHO)
Judy Chamberlain (EUA)
Carlos Climent (Colômbia)

John Cooper (Reino Unido)
Bhargavi Davar (Índia)
Vincent Dubois (Bélgica)
Alexandra Fleischmann (WHO)
Alan Flisher (África do Sul)
Hamid Godhse (INCB)
Zora Cazi Gotovac (Croácia)
Gopalakrishna Gururaj (Índia)
Rosanna de Guzman (Filipinas)
Nick Hether (Reino Unido)
Rachel Jenkins (Reino Unido)
Sylvia Kaaya (Tanzânia)
Martin Knapp (Reino Unido)
Robert Kohn (EUA)
Julian Leff (Reino Unido)
Margaret Leggot (Canadá)
Itzhak Levav (Israel)
Felice Lieh Mak (Hong Kong)
Ian Locjkhart (África do Sul)
Jana Lojanova (Eslováquia)
Crick Lund (Reino Unido)
Pallav Maulik (WHO)
Pat Mc Gorry (Austrália)
Maria Elena Medina Mora (México)
Brian Mishara (Dinamarca)
Protima Murthy (Índia)
Helen Nygren-Krugs (WHO)
Kathryn O'Connel (WHO)
Inge Peterson (África do Sul)
Leonid Prilipko (WHO)
Lakshmi Ratnayake (Sri Lanka)
Morton Silverman (EUA)
Tirupathi Srinivasan (Índia)
Avdesh Sharma (Índia)
Michele Tansella (Itália)
Rangaswami Thara (Índia)
Graham Thornicroft (Reino Unido)
Lakshmi Vijayakumar (Índia)
Frank Vocci (EUA)
Erica Wheeler (WHO)
Harvey Whiteford (Austrália)
Sik Jun Young (República da Coreia)

Escritórios da Organização Mundial da Saúde

- Escritório Central:
Organização Mundial de Saúde
20, Av. Appia
CH – 1211 Geneva 27
E-Mail: info@who.int
Website: <http://www.who.int>
- Organização Panamericana de Saúde
525, 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037, USA
E-Mail: postmaster@paho.org
Website: <http://www.paho.org>
- Oficina Regional da África
Hospital Parirenyatwa
P.O. Box BE 773
Harare, Zimbabwe
E-mail: regafro@whoafr.org
Website: <http://www.whoafr.org>
- Oficina Regional do Oriente Médio
WHO Post Office
Abdul Razzak Al Sanhoury Street
Nasr City
Cairo 11371, Egypt
E-Mail: emro@who.sci.eg
Website: <http://www.who.sci.org>
- Oficina Regional da Europa
8, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen Ø
E-Mail: postmaster@who.dk
Website: <http://www.who.dk>
- Oficina Regional do Sudeste Asiático
World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002, India
E-mail: postmaster@whosea.org
Website: <http://www.whosea.org>
- Oficina Regional do Pacífico Ocidental
P.O. Box 2932
Manila 1099, Philippines
E-Mail: postmaster@who.org.ph
Website: <http://www.wpro.who.int>
- Agência Internacional para Pesquisa em Câncer
150, cours Albert-Thomas
F-69372 Lyon Cédex 08
E-mail: webmaster@iarc.fr
Website: <http://www.iarc.fr>