

# A situação da Saúde Mental no Brasil

## 1 - Índice de suicídios no Brasil é problema de Saúde Pública, diz especialista

“No Brasil, 25 pessoas se matam por dia, fazendo do país o 11º colocado no ranking mundial de suicídios, segundo dados da Organização Mundial da Saúde.

As informações foram divulgadas pelo psiquiatra Neury José Botega, professor da Unicamp, durante a 28ª edição do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que escolheu a prevenção do suicídio como um dos temas principais. O encontro, em Fortaleza, vai até sábado (30).

"A questão do suicídio é realmente um problema de saúde pública porque temos um alto índice de pessoas que estão passando por muito sofrimento e que poderiam ter sido ajudadas caso não tivessem se matado", afirmou à Folha.

Segundo ele, os dados de suicídio podem ser ainda maiores do que os divulgados oficialmente, já que não é raro que muitos casos acabem recebendo outra caracterização na certidão de óbito: "O medo de não receber o dinheiro do seguro pode fazer com que muitas famílias pressionem os médicos a atestar falência múltipla dos órgãos em vez de suicídio".

Botega afirma que o aumento dos casos de depressão e de consumo de álcool e drogas são sinais preocupantes e que podem justificar o aumento dos índices de suicídio, principalmente entre adultos jovens: "São pessoas entre os 25 e os 40 anos que estão numa fase produtiva da vida. A competitividade e a solidão nas grandes cidades são alguns dos pacotes de alta tensão social que favorecem a uma sensação de desamparo e aumentam as formas alternativas de sentir prazer, como recorrer às drogas e ao álcool."

Segundo ele, os sinais de que alguém está cogitando tirar a própria vida não podem ser ignorados: "Aqui não vale a máxima do 'cão que ladra não morde'. Muitas vezes a pessoa dá sinais, fala até mesmo vagamente em se matar, mas acaba não sendo levada a sério".

### Estratégia

O psiquiatra apresentou no congresso dados de uma pesquisa internacional realizada pela OMS de que ele participou, comparando estratégias de prevenção ao suicídio.

Ao todo, foram analisadas 1.867 pessoas que tentaram o suicídio em cinco cidades do mundo. Após terem alta do hospital, metade delas recebeu o tratamento usual --mero encaminhamento a um serviço de saúde-- e a outra metade teve um acompanhamento intensivo, com entrevistas motivacionais e contatos telefônicos periódicos por 18 meses.

Ao final do experimento, apenas 0,2% das pessoas que receberam acompanhamento intensivo chegaram a praticar o suicídio, taxa dez vezes menor do que no grupo que recebeu o tratamento usual.

"O contato telefônico periódico criava uma rede de apoio e ajudava a pessoa que já tinha tentado se matar a ressignificar o que havia acontecido na vida dela", diz."

Fonte: Suicídio: conhecer para prevenir - Blog destinado à coleta e disseminação de informações sobre prevenção do suicídio e valorização da vida.

Autor: Guilherme Genestreti - Ecos do 28º Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Fortaleza-30 de outubro de 2010 - in <http://conhecerparaprevenir.blogspot.com/2010/10/ecos-do-28-congresso-brasileiro-de.html>

(Fonte: <http://noticias.bol.uol.com.br/ciencia/2010/10/29/indice-de-suicidios-no-brasil-e-problema-de-saude-publica-diz-especialista.jhtm>, data de acesso 13/09/2011)

## 2 - 23 milhões de brasileiros têm algum transtorno mental

“No Brasil, 23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental. Pelo menos 5 milhões de brasileiros (3% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria, apesar de a política de saúde mental priorizar as doenças mais graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar, as mais comuns estão ligadas à depressão, ansiedade e a transtornos de ajustamento.

Em todo o mundo, mais de 400 milhões de pessoas são afetadas por distúrbios mentais ou comportamentais. Os problemas de saúde mentais ocupam cinco posições no ranking das dez principais causas de incapacidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Dados da OMS indicam que 62% dos países têm políticas de saúde mental, entre eles o Brasil. No ano passado, o País destinou R\$ 1,4 bilhão em saúde mental.

Desde a aprovação da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), os investimentos são principalmente direcionados a medidas que visam a tirar a loucura dos hospícios, com a substituição do atendimento em hospitais psiquiátricos (principalmente das internações) pelos serviços abertos e de base comunitária.

Em 2002, 75,24% do orçamento federal de saúde mental foram repassados a hospitais psiquiátricos, de um investimento total de R\$ 619,2 milhões. Em 2009, o percentual caiu para 32,4%. Uma das principais metas da reforma é a redução do número de leitos nessas instituições. Até agora, foram fechados 17,5 mil, mas ainda restam 35.426 leitos em hospitais psiquiátricos públicos ou privados em todo o país.

A implementação da rede substitutiva – com a criação dos centros de Atenção Psicossocial (Caps), das residências terapêuticas e a ampliação do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais – tem avançado, mas ainda convive com o antigo modelo manicomial, marcado pelas internações de longa permanência.

O País conta com 1.513 Caps, mas a distribuição ainda é desigual. O Amazonas, por exemplo, com 3 milhões de habitantes, tem apenas quatro centros. Dos 27 estados, só a Paraíba e Sergipe têm Caps suficientes para atender ao parâmetro de uma unidade para cada 100 mil habitantes.

As residências terapêuticas, segundo dados do Ministério da Saúde referentes a maio deste ano, ainda não foram implantadas em oito Estados: Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Distrito Federal, Rondônia, Roraima e Tocantins.

No Pará, o serviço ainda não está disponível, mas duas unidades estão em fase de implantação. Em todo o Brasil, há 564 residências terapêuticas, que abrigam 3.062 moradores.”

Da Agência Brasil - 29 de junho de 2010

(Fonte: <http://blogs.estadao.com.br/sinapses/23-milhoes-de-brasileiros-tem-algum-transtorno-mental/>, data de acesso 13/09/2011)

### 3 - OMS quer mais inclusão social para doentes mentais

Segundo agência, o grupo é um dos mais marginalizados nos países em desenvolvimento; pelo menos 75% dos pacientes não têm acesso a nenhum tipo de tratamento especializado.

A Organização Mundial da Saúde pediu mais inclusão de pessoas com doenças mentais em programas de desenvolvimento e de combate à pobreza.

O apelo foi feito para a divulgação de um relatório sobre o tema nesta quinta-feira, em Nova York.

#### Taxas de Desemprego

Segundo a OMS, pessoas com problemas psicossociais estão entre as mais marginalizadas nos países pobres. Pelo relatório, pelo menos 75% dos doentes não têm acesso a nenhum tipo de tratamento especializado. Problemas mentais e psicossociais estão associados com taxas de desemprego de até 90%.

Além disso, essa parte da população não recebe treinamento profissional ou educacional para exercer uma função.

#### Uma em Cada Quatro

Pelos cálculos da OMS, uma em cada quatro pessoas terá um problema de saúde mental durante sua vida. Nos países de rendas baixa e média, as precárias condições de saúde levam a problemas mentais que causam morte ou invalidez de 8% a 16% da população afetada por esse tipo de problema.

Nos países de renda baixa, a depressão será, até 2030, a causa número um da carga de doença. A OMS também propõe a inclusão de crianças com problemas mentais em programas sociais.

Para a agência, as prioridades na área de saúde mental são depressão, psicoses, suicídio, epilepsia e demência causadas por uso de álcool e drogas, além de doenças mentais em crianças.”

Autora - Mônica Villela Grayley, da Rádio ONU em Nova York.

(Fonte: <http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/detail/184884.html>, data de acesso 13/09/2011)

### 4 - Deprimidos podem ter quase o dobro de risco de demência, diz estudo

“Dois novos estudos feitos nos Estados Unidos indicam que pessoas que sofrem de depressão têm mais risco de desenvolver demência, sendo que um deles indicou que deprimidos podem ter quase o dobro da possibilidade de o outro mal surgir.

No entanto, as pesquisas, divulgadas na publicação científica *Neurology*, concluem que existe uma relação, mas não deixam claro por que ela ocorre e nem se há vínculo de causa e efeito entre as duas condições.

O primeiro estudo acompanhou 1.239 pessoas e procurou estabelecer uma relação entre o número de vezes que cada participante apresentou depressão e os riscos de desenvolvimento de demência.

O trabalho revelou que quanto maior o número de crises de depressão, maiores os riscos de demência.

Pacientes que tiveram duas ou mais crises de depressão apresentaram quase o dobro do risco de desenvolver demência, o estudo concluiu.

### Alzheimer

O segundo estudo, liderado por Jane Saczynski, da University de Massachusetts, acompanhou 949 pessoas com idades em torno de 79 anos durante 17 anos.

No início do estudo, os participantes não apresentavam sintomas de demência. Testes revelaram que 125 deles (13%), no entanto, apresentavam sintomas de depressão.

No final, 164 dos participantes haviam desenvolvido demência. Destes, 136 foram diagnosticados como portadores do mal de Alzheimer, uma das mais comuns formas de demência.

Esta não é a primeira vez que cientistas enxergam uma possível relação entre depressão e demência. Em 2008, dois estudos sobre o mal de Alzheimer apresentavam conclusões semelhantes.

### Inflamação

“Se por um lado não está claro se a depressão provoca a demência, a depressão poderia influenciar de várias formas os riscos de que uma pessoa desenvolva a condição”, disse Jane Saczynski.

“Uma inflamação de tecidos no cérebro, que ocorre quando uma pessoa está deprimida, poderia contribuir para a demência. Certas proteínas encontradas no cérebro, que aumentam quando há depressão, também poderiam estar envolvidas”.

Para Rebecca Wood, diretora da entidade britânica de fomento à pesquisas sobre o Mal de Alzheimer, Alzheimer’s Research Trust, “semelhanças entre os sintomas de depressão e demência significam que as duas condições podem às vezes ser confundidas no momento do diagnóstico, mas não sabemos se estão vinculadas biologicamente”.

“Esses estudos recentes indicam que pode haver conexões profundas entre demência e depressão, então precisamos ampliar as pesquisas para descobrir mais”.

(Fonte: *BBC Brasil* - 19 de julho de 2010 - <http://www.evb.org.br/portal/noticias/saude-comportamento/2010/07/19/deprimidos-podem-ter-quase-o-dobro-de-risco-de-demencia-diz-estudo/>, data de acesso 13/09/2011)

## 5 - Países mais ‘felizes’ têm maiores taxas de suicídio, diz estudo

“Países em que as pessoas se sentem mais felizes tendem a apresentar índices mais altos de suicídio, segundo pesquisadores britânicos e americanos.

Os especialistas sugerem que a explicação para o fenômeno estaria na tendência dos seres humanos de se comparar uns aos outros.

Sentir-se infeliz em um ambiente onde a maioria das pessoas se sente feliz aumenta a sensação de infelicidade e a probabilidade de que a pessoa infeliz recorra ao suicídio, a equipe concluiu.

O estudo foi feito por especialistas da University of Warwick, na Grã-Bretanha, Hamilton College, em Nova York e do Federal Reserve Bank em San Francisco, Califórnia, e será publicado na revista científica Journal of Economic Behavior & Organization.

Ele se baseia em dados internacionais e em informações coletadas nos Estados Unidos.

Nos EUA, os pesquisadores compararam dados obtidos a partir de depoimentos de 1,3 milhão de americanos selecionados de forma aleatória com depoimentos sobre suicídio obtidos a partir de uma outra amostra, também aleatória, com um milhão de americanos.

### Paradoxo

Os resultados foram desconcertantes: muitos países com altos índices de felicidade felizes têm índices de suicídio altos.

Isso já foi observado anteriormente, mas em estudos feitos de forma isolada, como, por exemplo, na Dinamarca.

A nova pesquisa concluiu que várias nações – entre elas, Canadá, Estados Unidos, Islândia, Irlanda e Suíça – apresentam índices de felicidade relativamente altos e, também, altos índices de suicídio.

Variações culturais e na forma como as sociedades registram casos de suicídio dificultam a comparação de dados entre países diferentes.

Levando isso em conta, os cientistas optaram por comparar dados dentro de uma região geográfica: os Estados Unidos.

Do ponto de vista científico, segundo os pesquisadores, a vantagem de se comparar felicidade e índices de suicídio entre os diferentes Estados americanos é que fatores como formação cultural, instituições nacionais, linguagem e religião são relativamente constantes dentro de um único país.

A equipe disse que, embora haja diferenças entre os Estados, a população americana é mais homogênea do que amostras de nações diferentes.

### Utah e Nova York

Os resultados observados nas comparações mais amplas entre os países se repetiram nas comparações entre diferentes Estados americanos.

Estados onde a população se declarou mais satisfeita com a vida apresentaram maior tendência a registrar índices mais altos de suicídio do que aqueles com médias menores de satisfação com a vida.

Por exemplo, os dados mostraram que Utah é o primeiro colocado no ranking dos Estados americanos em que as pessoas estão mais satisfeitos com a vida. Porém, ocupa o nono lugar na lista de Estados com maior índice de suicídios.

Já Nova York ficou em 45º no ranking da satisfação, mas tem o menor índice de suicídios no país.

## Ajustes

Para tornar mais justas e homogêneas as comparações entre os Estados, os pesquisadores levaram em consideração fatores como idade, sexo, raça, nível educacional, renda, estado civil e situação profissional.

Após esses ajustes, a relação entre índice de felicidade e de suicídios se manteve, embora as posições de alguns países tenham se alterado levemente.

O Havaí, por exemplo, ficou em segundo lugar no ranking ajustado de satisfação com a vida, mas possui o quinto maior índice de suicídios no país.

Nova Jersey, por outro lado, ocupa a posição 47 no ranking de satisfação com a vida e tem um dos índices mais baixos de suicídio – coincidentemente, ocupa a posição 47 na lista.

“Pessoas descontentes em um lugar feliz podem sentir-se particularmente maltratadas pela vida”, disse Andrew Oswald, da University of Warwick, um dos responsáveis pelo estudo.

“Esses contrastes sombrios podem aumentar o risco de suicídio. Se seres humanos sofrem mudanças de humor, os períodos de depressão podem ser mais toleráveis em um ambiente no qual outros humanos estão infelizes”.

Outro autor do estudo, Stephen Wu, do Hamilton College, acrescentou:

“Este resultado é consistente com outras pesquisas que mostram que as pessoas julgam seu bem estar em comparação com outras à sua volta”.

“Esse mesmo efeito foi demonstrado em relação a renda, desemprego, crime e obesidade”.

(Fonte: *BBC 27 de abril de 2011 Brasil* - <http://www.evb.org.br/portal/noticias/saude-comportamento/2011/04/27/paises-mais-felizes-tem-maiores-taxas-de-suicidio-diz-estudo/>, data de acesso 13/09/2011)

## 6 - Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil, 2005

“Estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo”

**Leia mais em:**

Em [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0379\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0379_M.pdf)

**Veja gráfico de atendimento do CAPS**

O gráfico apresenta a expansão regular dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. A cobertura em saúde mental no Brasil ao final de 2002, quanto existiam 424 CAPS, era de 21%. Em julho de 2011 temos 1650 CAPS e 68% de cobertura.

**Leia mais em:**

[http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude\\_Mental\\_em\\_Dados\\_9.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf)  
data de acesso 13/09/2011

## 7 - Violência doméstica e serviços de saúde mental - uma perspectiva multidisciplinar, multisectorial e de trabalho em rede. a propósito de um caso clínico

(\*) Autores

“Embora maioritariamente exercida sobre mulheres, a violência doméstica (VD) atinge também, directa e / ou indirectamente, crianças, idoso/a(s) e outras pessoas mais vulneráveis, como as portadoras de deficiência.

Segundo o Relatório da OMS, sobre a Saúde no Mundo (2001), a prevalência da violência doméstica durante a vida situa-se entre 16% e 50% (OMS, 1997), sendo também comum a violência sexual (uma em cada cinco mulheres sofre estupro ou tentativa de estupro durante a sua vida).

O facto de ser vítima de VD coloca a mulher em risco crescente de: depressão; suicídio / tentativas de suicídio; perturbações da ansiedade; problemáticas aditivas; síndromes de dor crónica; distúrbios psicossomáticos; lesões físicas; consequências diversas na saúde reprodutiva, etc.

De registar que, segundo vários estudos, 40 a 70% das mulheres vítimas de assassinato, foram mortas pelos seus maridos ou namorados, habitualmente no contexto de um relacionamento de violência arrastada.

Conforme também o demonstra a investigação, quanto mais severo é o grau de violência, maior é o impacto na saúde física e mental da mulher, parecendo ter um “efeito” cumulativo.

Representando os Serviços de Saúde um espaço privilegiado para triar precocemente as situações de violência doméstica, avaliar do risco associado e implementar respostas adequadas no caso-a-caso, que estratégias adoptar?

Tendo em conta a complexidade das raízes da violência e as suas múltiplas faces e máscaras, defende-se a importância de uma intervenção multidisciplinar, multisectorial e em rede que, a par com a protecção e apoio às vítimas e a intervenção junto dos agressores, promova uma cultura de não-violência.

Visando ilustrar alguns dos aspectos deste quadro de referência estratégico, os autores apresentam um caso clínico associado a problemática de VD, seguido no Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.”- P08

(\*) AUTORES Tiago Santos, João Redondo; Inês Pimentel; Henrique Vicente; Ge-nerosa Morais; Paula Miura - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Hospital Infante D. Pedro - Avei-ro; Serviço de Violência Familiar - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra

Sessões de Posters / Posters Sessions

15 - Volume XII Nº5 Setembro/Outubro 2010

(Fonte: [http://www.saude-mental.net/pdf/vol12\\_rev5\\_sessoes\\_posters.pdf](http://www.saude-mental.net/pdf/vol12_rev5_sessoes_posters.pdf), data de acesso 13/09/2011)

## 8 - O perfil homem do Século XXI

“Atualização, globalização, sucesso, conquista, poder e enriquecimento, esse pode ser para muitos o perfil do homem globalizado. Um homem de sucesso é aquele que alcançou sucesso e riqueza após anos de estudos e dedicação; um homem bem sucedido é aquele que conquistou riquezas e poder em tudo à sua volta, correto? Nem

sempre! Sucesso não está relacionado diretamente ao poderio de alguém; riqueza e poder, não são sinônimos de sucesso. Infelizmente, o homem do século XXI é mais propício a ser psicologicamente doente do que saudável.

Poucos param para perceber o ritmo frenético em que o mundo se encontra, poucos param para refletir sobre os perigos que a globalização pode trazer para o homem e sua vida; a cabeça do homem evoluiu até certo ponto de forma positiva, entretanto, todo o aparato tecnológico existente no mundo, deixou os homens cada vez mais distantes uns dos outros e perdidos de si mesmo. O perfil do homem do século XXI é indefinido, onde as mudanças são constantes por não haver uma constante identificação consigo mesmo e com sua existência. Tudo é superficial e descartável.

Hoje sabemos que a doença que mais afeta o ser humano é a depressão, dados da OMS (Organização Mundial da Saúde) que mostra que mais de 500 milhões de pessoas sofrem deste mal, e que uma grande porcentagem sofrem em estado depressivo irreversível.

O que acontece no corre-corre do dia é: Uma corrida frenética pela disputa no mercado do trabalho, dedicação paranoica dos estudos ou na forma extravagante de viver uma vida regrada a drogas na tentativa de aliviar suas incertezas e dúvidas acerca da própria existência. Outro mau deste século é o constante desejo por suicídio, desejo por acabar com um sofrimento e um conflito interno tão doloroso que o indivíduo pensa de forma iludida que o suicídio é o melhor caminho para um engano com consequências irreparáveis.

Conforme a tecnologia cresce, juntamente com inteligência humana, alcançamos patamares nunca antes imagináveis; O homem do século XXI vai cometendo suicídios psicológicos todos os dias. Se o essencial é dormir de oito a nove horas por noite, ele dorme quatro, por conta das inúmeras tarefas do dia; os remédios tornaram-se até amigos de muitas pessoas, onde um não vive sem o outro por conta da tamanha dimensão que a confusão mental se instalou na mente humana. A persistir essa forma de se viver a vida, certamente o mundo sofrerá um colapso que hoje não é sequer imaginado.

Precisamos entender melhor o que é a vida, o que é a dádiva da existência. Hoje temos mais acessibilidade que o homem de cem anos atrás tivera, porém, estamos destruindo nossa vida sem perceber o risco que corremos: Destruímos a mata atlântica, estamos preocupados com o fim da água potável e com a fome no mundo, mas despercebidos do mal que está tão próximo, em nosso ser, em nosso estado psicológico. Precisamos acordar para a vida, não acordar para os estudos, para profissão ou o seguimento de uma carreira; precisamos acordar para o viver de nossa existência que é única, pois, sabendo viver, certamente poderemos conciliar trabalho, estudos e a vida de forma equilibrada sem afetar nossa saúde emocional ou social.”

(Fonte: <http://mundohoje.com.br/o-perfil-homem-do-sculo-xxi.html#>, data de acesso 13/09/2011)

## 9 - O comportamento dos psicopatas

### Psicopatas

“A revista “Isto É”, de 29/10/2008, ano 31 / nº. 2034, traz uma matéria assaz interessante. A reportagem é assinada pela jornalista Suzane Frutuoso, tem como ponto forte a alusão de que os psicopatas estão entre nós. Ela fala também como identificar pessoas que podem, de uma hora para outra, cometer crimes tão bárbaros como os que



vitimaram Isabella e Eloá. São no linguajar médico as psicopatias. Reconhecer um psicopata não é tarefa fácil, pois muitos fatores concorrem para que uma pessoa normal se transforme num psicopata em potencial. Já que falamos em psicopatas o que seria este tipo de pessoa, como poderíamos definir? Em psiquiatria a psicopatia se robustece e tem como ponto de partida qualquer doença mental; psicose. A pessoa de ambos os sexos que se encontram no estado mental patológico caracterizado por desvios, sobretudo caracterológicos, que acarretam comportamentos anti-sociais. Pode-se também agregar a sinonímia um tipo de psicose do ser humano. “Se quem age suspeita que está cometendo um equívoco, quem observa terá certeza do erro, principalmente se for um rival. Se, no calor da paixão, toma-se uma decisão apressadamente e com dúvidas, depois a tolice será condenada. É perigoso fazer algo de que a própria prudência duvida. Nesses casos, é mais seguro não fazer nada.

A sensatez não joga com as probabilidades, anda sempre a luz da razão. Como pode dar - certo uma idéia que logo depois de concebida já desperta receios? “E se a decisão tomada sem dúvida interior costuma sair mal, o que esperar da que começou com dúvidas - razoáveis e justificados maus diagnósticos”? Sempre existe um receio e uma dúvida nas respostas e como encarar esta difícil situação. Queria afirmar que não somos médico, mas isto não impede de emitir uma opinião. “Compreender melhor o funcionamento dos psicopatas é uma tarefa de importância vital para a humanidade. O número de portadores deste transtorno cresce vertiginosamente e eles se infiltram em todos os âmbitos do tecido social, do direito à medicina, da polícia ao mundo dos negócios e principalmente na política. O resultado é a condição de total insegurança que vivemos nas ruas, no trânsito e dentro de nossas casas. “A ação de psicopatas dentro de grandes empresas quebram a confiança de acionistas e investidores que não acreditam nos dados fornecidos pelas empresas e em seus auditores”. O Brasil tem um número acentuado de psicopatas, mas ninguém tomou uma decisão para avaliar o perigo que estamos passando. Baltasar Cracián emite alguns conselhos sobre o comportamento das pessoas.

O Dr. Osvaldo Lopes do Amaral - Diretor Clínico do INEF, especialista no assunto fala com propriedade do assunto até então quase ignorado pela maioria da população brasileira. Será que existem psicopatas em nossas famílias? Talvez sim. Corremos o risco. As reações dos psicopatas precisam ser conhecidas de todos. Vejam a importância dessa conotação: “O acionar dos psicopatas no mundo da política tornou o mundo mais empobrecido e sem perspectivas para bilhões de seres humanos. É do contingente dos portadores deste transtorno que saem os autores dos piores crimes contra a humanidade embora um grande número deles não chegue a cometer crimes violentos”. “Os psicopatas são seres atormentados que fazem sofrer outros seres humanos mais do que se pensa e mais do que eles próprios sofrem, por razões que ficarão mais claras neste estudo”. “São seres muito destrutivos em suas relações com o ambiente, com eles próprios e principalmente com as pessoas com quem se relacionam”. “A sua conduta dizimadora os transforma no grande inimigo do ser humano. É muito importante delimitar o conceito de psicopatia para que não se torne um rótulo aplicado indiscriminadamente, como já ocorreu com opositores de regimes totalitários e com seres humanos levados à delinquência como última possibilidade de sobrevivência”. Mais conhecido como TPA (transtorno de personalidade anti-social. Insanidade sem delírio, transtorno bipolar, entre outros. Não existe uma causa única que determine o TPA. É um transtorno multideterminado o que significa que é o resultado de uma somatória de múltiplos fatores. “Fatores genéticos (os parentes em 1º grau do

portador têm cinco vezes mais possibilidades de desenvolver o transtorno que pessoas da população em geral).

Fatores próprios da mente de cada indivíduo; cada pessoa tem uma conformação própria que é - resultado da interação de fatores inatos com as experiências e relações de cuidados (físicos e afetivos) no início da vida. Há internalizações dos vínculos primários, o que ocorre de forma diferente em cada indivíduo, determinando que cada pessoa tenha uma arquitetura interior diferente. Fatores de ordem neurológica, que mostram alterações já bem estudadas do sistema nervoso. Fatores de ordem social também participam. A aspiração sociológica aspira liberdade e distância de imposições de cunho - denominador e autoritárias e isto influencia o desenvolvimento dos psicopatas. Os psicopatas interpretam a falta de normas que temos no mundo atual como licença para violentar os direitos dos outros e não como espaço para a cidadania. A problemática da doença é que preocupa os médicos, visto que ninguém nasce psicopata. São as condições sociais da vida de cada ser humano que levam a este mal. Aqueles que não se adaptam as normais sociais que regem o comportamento sério e legal são presas fáceis da doença. O assunto é polêmico pela notoriedade que as ações dos psicopatas trazem para a sociedade. Muitos que estão na cadeia ou em presídios de segurança máxima são extremamente psicopatas.

Aqueles que manifestam o prazer em roubar, matar, levar sofrimento aos outros podem ser considerados psicopatas. Falta de adaptação ao meio em que vive é um risco. Existem inúmeras nuances para que o indivíduo se torne psicopata, o diagnóstico mais preciso é o do médico especialista. O médico desempenha um papel primordial na conduta da sociedade, mas infelizmente esta importância sempre é relegada a um segundo plano. Irritabilidade e agressividade, indicado por brigas e agressões repetitivas são indícios. A Folha de São Paulo publica com exclusividade que já existe um novo teste para identificar psicopatas. O teste --composto de tarefas e perguntas respondidas por computador-- mostra que psicopatas assassinos fazem associações cognitivas anormais com a violência em comparação com outros criminosos. Essas associações apóiam suas ações. "Se a diferença for detectada antes que o ataque aconteça, esse teste se torna uma importante ferramenta para distinguir os psicopatas que podem cometer crimes extremamente violentos dos que não o fariam", explicou a principal autora do estudo, Nicola Gray. "Essa é a primeira vez que nós realmente pudemos ter acesso às mentes de criminosos violentos e saber quais conceitos está faltando." Os cientistas esperam usar o teste para avaliar pessoas acusadas de crimes, mas que alegam inocência, e avaliar presos que pedem liberdade condicional. Assunto polêmico só com especialistas no assunto. Em consonância com os profissionais aqui citados estamos emitindo o nosso parecer." Publicado em: 26/10/2008 |Comentário: [23](#) | Acessos: 28,354

(\* ) Autor: ANTONIO PAIVA RODRIGUES

MEMBRO DA ACI-ALOMERCE E AOUVIRCE. Jornalista, Radialista, Gestor de Empresas (Administração), Bacharel em Segurança Pública, Acadêmico de Letras, Membro da ACI (Associação Cearense de Imprensa) e da Associação De Ouvintes de Rádio (AOUVIR/CE) espírita por convicção, gosto de escrever crônicas, poesias, contos, faço resenha de livros, comento, faço novelas de rádio e agora pretendo compor letras de música, gosto de leituras e escrevo uma média de três matérias diárias e já tenho mais de 1.000 publicadas. Lançei recentemente o livro: 80 Anos da ACI (Associação Cearenses de Imprensa) e Detalhes sobre a História do Rádio no Ceará, Brasil e no Mundo.

(Fonte: <http://www.artigonal.com/psicoterapia-artigos/o-comportamento-dos-psicopatas-617249.html>, data de acesso 13/09/2011)

## 10 - Psiquiatria Acadêmica - Relatório sobre Saúde Mental no Mundo - Organização Mundial de Saúde

“Trata-se da transcrição de partes do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), da ONU, para o ano de 2001, sobre saúde mental no mundo, editado em português pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) sob o título: Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança.

### 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 ao grande número de pessoas afetadas por Transtornos Mentais e Comportamentais, muitas das quais nunca recebem nem receberão tratamento, bem como o fardo social, familiar e pessoal resultante dos transtornos não tratados, este relatório (da OMS) se concentra nos Transtornos Mentais e Comportamentais, mais do que nos conceitos mais amplos da saúde mental.

Os Transtornos Mentais e de Comportamento são uma série de distúrbios definidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Correlatos de Saúde (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 de Transtornos Mentais e de Comportamento a esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas. O continuum que vai das flutuações normais de humor aos Transtornos Mentais e Comportamentais é ilustrado na Figura 1.3 para os casos de sintomas depressivos.

.....

Geralmente, o sono é perturbado e o apetite diminui. A autoestima e a confiança em si mesmo quase sempre são reduzidas e muitas vezes estão presentes as idéias de culpa e pouca valia.

Dependendo do número e da gravidade dos sintomas, um episódio não pode ser descrito como brando, moderado ou grave.

#### Episódio depressivo brando

Geralmente, estão presentes dois ou três dos sintomas acima. A pessoa é, via de regra, afligida por eles, mas provavelmente poderá prosseguir com a maior parte das suas atividades.

#### Episódio depressivo moderado

Geralmente, estão presentes quatro ou mais dos sintomas acima e a pessoa provavelmente tem grande dificuldade para continuar com suas atividades normais.

#### Episódio depressivo grave

Episódio em que ocorrem, de forma marcante e perturbadora, vários dos sintomas acima, geralmente com perda de autoestima e idéias de pouca valia ou culpa. São comuns pensamentos e atos suicidas.

## Episódios depressivos

Num episódio depressivo típico, a pessoa sofre depressão do humor, redução de energia e diminuição da atividade. A capacidade de apreciar, mostrar interesse e concentração é reduzida. É comum cansaço acentuado após um mínimo de esforço.

.....

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 vários 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 hipereatividade 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-compulsivo 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.

## Fatores Biológicos

A idade e o sexo estão associados com Transtornos Mentais e Comportamentais. 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 à 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 lidar com a adaptação às ocorrências estressantes. Em certos casos, verificaram-se também déficits intelectuais.

Outro achado importante 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 desejáveis ou 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 aprendido, seja diretamente, seja pela observação de outros com o 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 conseqüência da incapacidade de se adaptar 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 com o 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 compreensão dos Transtornos Mentais e Comportamentais. Ademais, constituíram a base do desenvolvimento de toda uma série de intervenções efetivas.

### Fatores Sociais

Embora se tenha estabelecido a associação de fatores sociais, como por exemplo a urbanização e a pobreza com o desenvolvimento de Transtornos Mentais e Comportamentais, não há razão para supor que as conseqüências das alterações sociais 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 etnia.

Entre 1950 e 2000, a proporção da população urbana da Ásia, África, América Central e do Sul subiu de 16% para 50% 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 conseqüências deletérias para a saúde mental, devido à influência de estressores maiores e de eventos vitais adversos mais numerosos, como por exemplo o congestionamento, a poluição do meio ambiente, a pobreza e a dependência comum em uma 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 mais 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 miseráveis de vida, 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.

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 poucas e limitadas opções para os habitantes rurais que, porventura, necessitem 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. Em sua definição mais estrita, pobreza é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Em termos mais amplos, talvez mais apropriados para discussões relacionadas com Transtornos Mentais e Comportamentais, pode-se entender como pobreza um estado em que não se dispõe dos meios suficientes, podendo incluir-se nisto a falta de recursos sociais ou educacionais.

A pobreza e as condições associadas a ela, como é o caso do desemprego, do baixo nível de instrução, da privação e do desabrigo, não somente estão muito difundidas nos países pobres, como também afetam uma minoria bastante 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 ocorrência maior desses transtornos entre os pobres, como pela tendência à queda na pobreza dos mentalmente enfermos.

Embora haja controvérsia no tocante à determinação de qual desses dois mecanismos é responsável pela prevalência maior de Transtornos Mentais e Comportamentais entre os pobres, os indícios disponíveis parecem indicar que ambos são relevantes (Patel 2001). Esse mecanismo causal, por exemplo, pode ser mais válido em relação aos transtornos de ansiedade e depressão, enquanto a teoria da queda na pobreza seria mais aplicável para os transtornos psicóticos e uso de substâncias.

Esses dois mecanismos, 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 definitiva, inclusive a incapacidade de trabalhar. Não havendo apoio social disponível, como freqüentemente ocorre nos países em desenvolvimento, não havendo organismos de bem-estar social organizados, o empobrecimento se verifica com bastante rapidez.

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 poucos recursos para atenção em saúde mental e, muitas vezes, tais recursos não estão disponíveis para os setores mais pobres da sociedade.

Mesmo nos países ricos, a pobreza, juntamente com fatores associados, tais como a falta de cobertura de seguros, nível mais baixo de instrução, desemprego e situação minoritária, em termos de raça, etnia 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 elementos econômicos, os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade, colocam-na em maior risco de Transtornos Mentais e Comportamentais. As mulheres continuam arcando com o fardo da responsabilidade, associado com as condições de esposas, mães, educadoras e provedoras de atenção para outros, ao mesmo tempo em 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 vivenciam significativa discriminação sexual, concomitante à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho, à violência doméstica e sexual.

Assim, pouco surpreende que as mulheres tenham acusado maior probabilidade do que os homens em receber prescrição de psicotrópicos. A violência contra a mulher constitui um significativo problema social e de saúde pública que afeta mulheres de todas as idades, de todos ambientes culturais e em todos os níveis de renda.

O racismo também levanta questões importantes. Embora ainda haja relutância em debater o preconceito racial e étnico no contexto da saúde mental em certos setores sociais, pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas demonstraram que o racismo está relacionado com perpetuação de problemas mentais. A julgar pelos indícios disponíveis, as pessoas alvo do racismo por muito tempo têm maior risco de apresentar problemas mentais ou sofrer agravamento de problemas que já existem. Psiquiatras que estudam a relação entre racismo e saúde mental nas sociedades onde o racismo é prevalente, observaram que o racismo pode acentuar a depressão, por exemplo.

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 fortemente estabelecida entre experiências de racismo e angústia psicológica (Williams e Williams-Morris 2000).

A influência do racismo pode ser considerada também em 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 brancos africanos do sul, definir os sul-africanos negros como "inimigos", e assim cometer atos que, em outras circunstâncias, seriam considerados moralmente repreensíveis.

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



Esses avanços têm, contudo, seu lado negativo. Há indícios sugerindo que a própria mídia pode ter influência sobre os níveis de violência, sobre o comportamento sexual e sobre o interesse na pornografia. A exposição à violência nos jogos de vídeo também aumenta o comportamento agressivo e outras tendências agressivas (Dill e Dill 1998). Hoje em dia, os gastos com a 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 condições físicas associadas (Klein 1999).

### **Identidade dos Transtornos Mentais**

Entendem-se como Transtornos Mentais e Comportamentais as 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 (segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS - ONU). 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, 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 se caracterizam 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 e, 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. 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, indicações de distúrbio. Assim, as variações normais determinadas pela cultura não devem ser rotuladas como Transtornos Mentais, da mesma forma como, também, não podem ser tomadas como indicações de distúrbio mental as crenças sociais, religiosas e/ou políticas.

A classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID.10: Descrições clínicas e normas de diagnóstico (OMS, 1992) contém uma lista completa de todos os Transtornos Mentais e Comportamentais (ver Caixa 2.1). Há também outros critérios de diagnóstico disponíveis para a pesquisa, para uma definição mais precisa desses transtornos (OMS, 1993). 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 etiquetas diagnósticas para descrever um indivíduo. Uma pessoa nunca deve ser igualada a um distúrbio físico ou mental.

### **Diagnósticos dos Transtornos**

Os Transtornos Mentais e Comportamentais são identificados e diagnosticados através dos métodos clínicos semelhantes aos utilizados para os transtornos físicos. Esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese colhida com o indivíduo e com outras

peças, incluindo sua família; um exame clínico sistemático para definir o estado mental; e os testes e investigações especializadas que forem necessários. Registraram-se, nas últimas décadas, avanços na padronização da avaliação clínica e no aumento da confiabilidade dos diagnósticos.

Graças aos esquemas estruturados e padronizados de entrevistas, às definições uniformes de sinais, aos sintomas e aos critérios padronizados de diagnóstico, é possível atingir alto grau de confiabilidade e validade no diagnóstico de Transtornos Mentais atualmente. 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 no mundo todo. Finalmente, os critérios de diagnóstico para Transtornos Mentais foram padronizados internacionalmente e, atualmente, é possível diagnosticar Transtornos Mentais de forma tão confiável e precisa, como a maioria dos transtornos físicos comuns.

A concordância entre dois especialistas em diagnóstico de Transtornos Mentais apresenta médias de 70 a 90% (Wittchen et al. 1991; Wing et al. 1974; WHO 1992; APA 1994; Andrews et al. 1995). Essas cifras estão na mesma faixa da concordância de diagnóstico pertinente aos transtornos físicos como, por exemplo, a diabetes mellitus, a hipertensão ou a doença coronariana.

Como um diagnóstico preciso é requisito essencial para uma intervenção apropriada, bem como para a epidemiologia precisa e a monitorização ao nível da comunidade, os avanços nos métodos de diagnóstico vieram facilitar, consideravelmente, a aplicação de princípios clínicos e de saúde pública na área da saúde mental.

#### 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 na 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 (Ustün 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.

## Prevalência de Transtornos

Os Transtornos Mentais não são um domínio exclusivo deste ou daquele grupo especial de pessoas; eles são verdadeiramente universais. Observam-se Transtornos Mentais e Comportamentais em pessoas de todas as regiões, todos os países e todas as sociedades.

Os Transtornos Mentais estão presentes em mulheres e homens em todos os estágios da vida. Eles estão presentes entre ricos e pobres e entre pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais. É muito errônea a ideia de que os Distúrbios Mentais são problemas das áreas industrializadas e relativamente mais ricas. Igualmente é incorreta 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 as condições neuropsiquiátricas que abrangiam certo número desses Distúrbios Mentais acusaram uma prevalência em cerca de 10% dos adultos (CGD 2000). Estimou-se em 450 milhões o número de pessoas, no mundo todo, que sofriam afecções neuropsiquiátricas.

Tais afecções neuropsiquiátricas compreendiam os Transtornos Depressivos Unipolares, Transtornos Afetivos Bipolares, Esquizofrenia, Epilepsia, Transtornos Devidos ao Uso de Álcool e Drogas, Doença De Alzheimer e outras demências, Estado de Estresse Pós-Traumático, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtornos de Pânico e Insônia Primária.

## Classificação dos Transtornos Mentais e Comportamentais do 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.

Estão também disponíveis outros critérios de diagnóstico para uma definição mais precisa desses transtornos. Esse material, que é aplicável em diferentes culturas, foi desenvolvido a partir do Capítulo V (e F) da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com base numa revisão internacional da bibliografia científica, consultas, descrições clínicas e consenso mundiais. O Capítulo V da CID-10 dedica 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 critérios de diagnóstico para pesquisa. As categorias amplas de Transtornos Mentais 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, epilepsia, a doença de Alzheimer, o retardo mental os transtornos da infância e da adolescência. A inclusão da epilepsia é explicada mais adiante neste capítulo.

Alguns Transtornos Mentais e Comportamentais 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.

Para se entender melhor essa questão de prevalência, vejamos que: 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 nos conceitos 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 é também examinada mais adiante, neste capítulo.

<b>Prevalência de Transtornos Psiquiátricos na Atenção Primária à Saúde (%)</b>				
<b>Cidades</b>	<b>Depressão</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Dep. Álcool</b>	<b>Todos transt.</b>
Ancara, Turquia	11,6	0,9	1,0	16,4
Atenas, Grécia	6,4	14,9	1,0	19,2
Bangalore, Índia	9,1	8,5	1,4	22,4
Berlim, Alemanha	6,1	9,0	5,3	18,3
Groningen, Holanda	15,9	6,4	3,4	23,9
Ibadã, Nigéria	4,2	2,9	0,4	9,5
Munique, Alemanha	11,2	7,9	7,2	23,9
Manchester, GB	16,9	7,1	2,2	24,8
Nagasaki, Japão	2,6	5,0	3,7	9,4
Paris, França	13,7	11,9	4,3	26,3
Rio de Janeiro, Brasil	15,8	22,6	4,1	35,5
Santiago, Chile	29,5	18,7	2,5	52,5
Seattle, EUA	6,3	2,1	1,5	11,9
Shangai, China	4,0	1,9	1,1	7,3
Verona, Itália	4,7	3,7	0,5	9,8
TOTAL	10,4	7,9	2,7	24,0

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

### **Incidência de Alguns Transtornos Mentais**

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, outros podem durar a vida inteira. Alguns não chegam a ser sequer percebidos, 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 à comunidade e 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 em outro capítulo (neurologia) da CID-10, Capítulo VI, juntamente com outras doenças do sistema nervoso. Antigamente, porém, a Epilepsia era considerada como transtorno mental e ainda é considerada como tal em muitas sociedades.

Assim como acontece com os portadores de Transtornos Mentais, as pessoas com Epilepsia sofrem estigmatização e incapacitação grave, quando a doença não é tratada. O controle da Epilepsia é, muitas vezes, 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, o curso e as características especiais de alguns Transtornos Mentais.

## 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 alguns reveses na vida, o diagnóstico de Transtorno Depressivo só se faz quando os sintomas atingem um determinado grau e duram por, pelo menos, duas semanas. A Depressão pode variar, em gravidade, desde o tipo leve, até a muito grave.

Esse transtorno pode ocorrer episodicamente mas, por outro lado, pode ser recorrente ou crônica. A depressão é mais comum no sexo feminino, estimando-se uma prevalência de ponto dos episódios depressivos unipolares em 1,9% no sexo masculino e 3,2% no feminino (veja o que é Prevalência de Ponto). Sabe-se também 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.

<b>Prevalência de Transtornos Psiquiátricos na Atenção Primária à Saúde</b>	
<b>Cidades</b>	<b>Depressão</b>
Atenas, Grécia	6,4
Berlim, Alemanha	6,1
Ibadã, Nigéria	4,2
Manchester, GB	16,9
Paris, França	13,7
Santiago, Chile	29,5
Shangai, China	4,0
TOTAL	10,4

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

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 anos de vida para incapacidade (um índice da ONU denominado AVAI).

Na faixa etária dos 15 aos 44 anos, os Transtornos Depressivos foram 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 doenças isquêmicas do coração têm maior 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 início 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 e sem remissão (contínuo) (Thornicroft e Sartorius 1993), especialmente quando não há tratamento adequado disponível.

A taxa de recorrência para aqueles que se recuperam do primeiro episódio fica ao redor de 35%, dentro de 2 anos, e cerca de 60% dentro de 12 anos. A taxa de recorrência é mais alta naqueles que têm mais de 45 anos de idade.

Um dos resultados particularmente trágicos desse distúrbio é o suicídio. Cerca de 15 a 20% dos pacientes depressivos põem termo à vida cometendo suicídio (Goodwin e Jamison 1990). O suicídio continua sendo um dos resultados frequentes e evitáveis da depressão.

O 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, a Depressão é um transtorno mental comum, capaz de gerar um ônus de doença muito elevado e deverá mostrar uma tendência ascendente nos próximos 20 anos.

### Transtornos Devidos ao Uso de Substâncias

Os Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância psicoativa incluem transtornos devidos ao uso de álcool opiáceos como ópio ou heroína, canabinóides, como a maconha, sedativos e hipnóticos, cocaína e outros estimulantes, alucinógenos, fumo e solventes voláteis.

As condições para diagnóstico são a intoxicação, uso nocivo, dependência e transtornos psicóticos. Faz-se o diagnóstico de uso nocivo quando houver dano da saúde física ou mental.

A síndrome de dependência envolve o desejo pronunciado de usar a substância, dificuldade para controlar seu uso, estados de supressão fisiológica, tolerância, descaso de outros prazeres e interesses e uso persistente, apesar das recomendações sobre os danos causados à própria pessoa e aos outros.

Embora o uso de substâncias (juntamente com os transtornos associados com ele) varia de uma região para outra, em geral o fumo e o álcool são as substâncias de maior uso no mundo, além de serem aquelas com 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 a 15,1% dos custos anuais da saúde (Banco Mundial 1999).

Hoje, cerca de um em quatro adultos, ou 1,2 bilhão de pessoas, faz uso do fumo. Até 2025, o numero deverá subir para mais de 1,6 bilhão. 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 entre os países. 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 essas pessoas de deixar de fumar.

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 muito maiores nos homens, sendo 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). O uso de álcool é também importante motivo de preocupação em relação às populações indígenas ao redor do mundo.

O álcool tem posição elevada entre as causas da carga de doenças. O projeto sobre a carga mundial de doenças (Murray e Lope, 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 acidentais (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, EUA, 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 e do álcool, ocorre também uso abusivo de grande número de substâncias, geralmente agrupadas dentro da categoria geral de drogas. Estas substâncias 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 região para outra.

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 por exemplo a hepatite B, hepatite C e HIV. Já se estimou que existem cerca de 5 milhões de pessoas no mundo que se injetam drogas ilícitas. A prevalência de infecção por HIV entre os que usam drogas injetáveis é de 20 a 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.

Pergunta-se muitas, se os transtornos devidos ao uso de substâncias são realmente transtornos ou se devem ser considerados, antes, como comportamento desviante em 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, até uma dependência grave, com conseqüências físicas, mentais e sócio-econômicas.

Há, também, crescentes indícios de que algumas alterações neuroquímicas no cérebro estejam associadas com características da dependência de substâncias e, de fato, como 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, por outro lado, como um 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 que a dependência de substâncias deve ser considerada como um distúrbio mental complexo, com possível base no funcionamento cerebral.

<b>Prevalência de Transtornos Psiquiátricos na Atenção Primária</b>	
Cidades	Dep.Álcool
Ancara, Turquia	0,9
Atenas, Grécia	8,5
Berlim, Alemanha	6,4
Ibadã, Nigéria	7,9
Manchester, GB	5,0
Paris, França	22,6
Santiago, Chile	2,1
Shangai, China	3,7
TOTAL	2,7

## 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, da percepção e por emoções impróprias. O transtorno envolve as funções mais básicas que dão à pessoa normal um senso de individualidade, singularidade e auto-direção.

O comportamento do esquizofrênico pode se mostrar 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 hospitais psiquiátricos.

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 à outra quase metade dos casos, somente cerca de um quinto continua enfrentando limitações graves nas suas atividades cotidianas.

Observa-se a Esquizofrenia em proporções iguais entre os sexos, embora tenda a ocorrer mais tarde em mulheres, as quais 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 em 14 países, sobre incapacidade associada com condições físicas e mentais, a psicose esquizofrênica ativa foi colocada em terceiro lugar entre as condições mais incapacitantes, mais alta do que a paraplegia e a cegueira (Üstün et al. 1999). 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 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).

Em um dos estudos internacionais em locais múltiplos, por exemplo, a proporção de pacientes que acusaram remissão total após dois anos de tratamento foi de 63%, em 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 em 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, a qual pode causar outras disfunções físicas, tais como espasticidade ou Retardo Mental.

As causas de Epilepsia compreendem a predisposição genética, lesões cerebrais, intoxicação e tumores. Entre as causas infecciosas de Epilepsia, nos países em desenvolvimento, contam-se a cisticercose (tênia ou solitária), esquistossomose, toxoplasmose, malária e encefalite tuberculosa ou por vírus (Senanayake e Román 1993).

Os ataques epilépticos têm freqüência variada, 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 à 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. Além da incapacitação física e mental, muitas vezes a Epilepsia resulta em graves conseqüências psicossociais para o indivíduo e para a família. O estigma ligado à Epilepsia impede que os indivíduos portadores 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 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 das funções mentais observado com a idade é muito menor, muito mais gradual, resultando 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, essencialmente em países onde o período esperado de vida é mais curto, como por exemplo, a Índia.

A ampla variação das cifras de prevalência, entre 1 e 5%, se explica, 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 a 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. Entre eles estão as perturbações do metabolismo e da regulação da proteína amilóide precursora, proteínas relacionadas com placas senis, proteínas tau, zinco e alumínio (Droust et al. 2000; Cuajungco e Lees 1997).

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 tudo leva a crer que 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, a 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 alguma 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 Mental 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 causado pelo Retardo Mental perdura por toda a vida.

### Transtornos da Infância e Adolescência

Ao contrário da crença popular, os Transtornos Mentais e Comportamentais são comuns durante a infância e a adolescência mas, tem-se dado 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 em cada dez jovens sofra doença mental suficientemente grave para causar algum nível de prejuízo, menos de um entre cada cinco jovens recebe o tratamento necessário. E 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, Transtornos do Desenvolvimento Psicológico, se caracterizam pela deterioração ou retardamento do desenvolvimento de funções específicas, tais 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 hiperativos (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. Como exemplo disso, cita-se a Depressão, que vem sendo identificada com crescente freqüência entre as 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 abaixo.

<b>Prevalência dos Transtornos da Infância e Adolescência</b>		
País	Idade	Prevalência %
Alemanha	12-15	20,7
Espanha	8,11,15	21,7
Etiópia	1-15	17,7
EUA	1-15	21,0
Índia	1-16	12,8
Japão	12-15	15,0
Suíça	1-15	22,5

Embora as cifras de prevalência variem consideravelmente nos estudos, é de 10 a 20% as taxas de crianças que 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. “

Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001- Organização Panamericana da Saúde - Organização Mundial de Saúde - ONU, World Health Report - WHO - Genève - Swiss - who@who.int, in. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br>

Incluído em 28/02/2005

(Fonte: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=339&sec=29>, data de acesso em 12/09/2011)

## **11 - LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**

DISPÕE SOBRE A PROTEÇÃO E OS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E REDIRECIONA O MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I. ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II. ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III. ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV. ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V. ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI. ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII. receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII. ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX. ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3o É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I. internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II. internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III. internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori; José Serra; Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

(Fonte: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm), data e acesso 13/09/2011)

## 13 - Declaração de Caracas

Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

### VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;



2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:

- a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
- b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
- c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
- d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

### **CONSIDERANDO,**

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;

2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;

3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

### **DECLARAM**

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:

- a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
- b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
- c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

- a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
- b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

### **Para o que SOLICITAM**

Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apóiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.

(Fonte: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/declaracao_caracas.pdf), data e acesso: 13/09/2011)