

2 | O PESO DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Identificação das perturbações

Entendem-se por perturbações mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. As perturbações mentais e comportamentais não são apenas variações dentro da escala do «normal», mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afectivo não significa em si mesmo a presença de perturbação mental ou comportamental. Para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida. Estes problemas caracterizam-se também por sintomas e sinais específicos e, geralmente, seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções. Nem todas as alterações denotam perturbação mental. As pessoas podem sofrer de angústia em virtude de circunstâncias pessoais ou sociais. A menos que sejam satisfeitos todos os critérios pertinentes a determinada perturbação, essa angústia não constitui uma perturbação mental. Há diferença, por exemplo, entre estado afectivo deprimido e depressão diagnosticável (ver figura 1.3).

Diferentes modos de pensar e de se comportar, entre diferentes culturas, podem influenciar a maneira pela qual se manifestam as perturbações mentais, embora não constituam, em si mesmos, indícios de perturbação. Assim, variações normais, determinadas pela cultura, não devem ser rotuladas como perturbação, como é o caso das crenças sociais, religiosas ou políticas.

A *Classificação das Perturbações Mentais e Comportamentais ICD-10: Descrições Clínicas e Normas de Diagnóstico* (OMS, 1992b) contém uma lista completa de todas as perturbações mentais e comportamentais (ver Caixa 2.1). Critérios de diagnóstico adicionais para a investigação estão também disponíveis, para uma definição mais precisa dessas perturbações (OMS, 1993a).

Toda a classificação de perturbações mentais diz respeito a síndromes e condições, mas não a indivíduos. Estes podem sofrer de uma ou mais perturbações durante um ou mais períodos da vida, mas nunca um indivíduo deve ser rotulado por um qualquer diagnóstico. Ninguém deve ser equiparado a uma perturbação, física ou mental.

Diagnóstico das perturbações

As perturbações mentais e comportamentais são identificadas e diagnosticadas por métodos clínicos semelhantes aos utilizados nas afecções físicas. Esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese colhida junto do indivíduo e de outros, inclusive da família; um exame clínico sistemático para definir o estado mental; e os testes e exames especializados que sejam necessários. Registraram-se, nas últimas décadas, avanços na padronização da avaliação clínica e aumentou a fiabilidade dos diagnósticos. Graças a esquemas estruturados de entrevistas, a definições uniformes de sinais e sintomas e a critérios padronizados de diagnóstico, é possível hoje em dia atingir um elevado grau de fiabilidade e de validade no diagnóstico das perturbações mentais. Os esquemas estruturados e as listas de verificação de sinais e sintomas permitem, aos profissionais de saúde mental, colher informações, usando perguntas padronizadas e respostas codificadas. Os sinais e sintomas foram definidos minuciosamente para permitir uma aplicação uniforme. Finalmente, os critérios de diagnóstico para perturbações mentais foram padronizados internacionalmente. Hoje em dia, é possível diagnosticá-las de forma tão fiável e precisa como a maioria das perturbações físicas comuns. A concordância entre dois especialistas em diagnóstico de perturbações mentais apresenta médias de 0,7 a 0,9 (Wittchen e col., 1991; Wing e col., 1974; WHO, 1992; APA, 1994; Andrews e col., 1995). Estes valores estão na mesma faixa das relativas a afecções físicas como diabetes *mellitus*, hipertensão ou doença hipertensiva das coronárias.

Uma vez que o diagnóstico correcto é um requisito essencial para uma intervenção adequada, a nível individual, bem como para a epidemiologia e a monitorização rigorosas, a nível da comunidade, os avanços nos métodos de diagnóstico vieram facilitar consideravelmente a aplicação de princípios clínicos e de saúde pública no campo da saúde mental.

Prevalência das perturbações

As perturbações mentais não são exclusivas deste ou daquele grupo especial; elas são verdadeiramente universais. Observam-se em pessoas de todas as regiões, de todos os países e de todas as sociedades. Estão presentes em mulheres e homens em todas as fases da vida. Estão presentes entre ricos e pobres e entre pessoas que vivem em zonas urbanas e rurais. É simplesmente errada a ideia de que as perturbações mentais são problemas das zonas industrializadas e relativamente mais ricas. É igualmente incorrecta a crença de que as comunidades rurais, relativamente não afectadas pelo ritmo rápido da vida moderna, não são atingidas pelas perturbações mentais.

Análises efectuadas recentemente pela OMS mostram que as condições neuropsiquiátricas, que incluíam uma selecção destas perturbações, registaram uma prevalência agregada de cerca de 10% para adultos (CGD, 2000). Calculou-se em 450 milhões o número de pessoas que sofriam de afecções neuropsiquiátricas. Essas afecções compreendiam perturbações depressivas unipolares, perturbações afectivas bipolares, esquizofrenia, epilepsia, problemas devidos ao abuso do álcool e de determinadas drogas, doença de Alzheimer e outras demências, pós-*stress* traumático, perturbação obsessiva e compulsiva, pânico e insónia primária.

As taxas de prevalência diferem, conforme se refiram a pessoas que apresentam uma dada afecção em certo ponto da sua 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 referidos valores de prevalência de ponto, frequentemente, inclusive neste relatório, as taxas de prevalência em períodos de um ano são mais úteis para dar uma indicação do número de pessoas que podem necessitar de serviços por ano. Os valores de prevalência variam também, de acordo com os conceitos

Caixa 2.1. Classificação das perturbações mentais e comportamentais na ICD-10.

Encontra-se uma lista completa de todas as perturbações mentais e comportamentais na *Classificação de Perturbações Mentais e Comportamentais ICD-10: Descrições Clínicas e Normas de Diagnóstico*¹. Estão também disponíveis outros critérios de diagnóstico para uma definição mais precisa dessas perturbações². Esse material, que é aplicável em diferentes culturas, foi desenvolvido a partir do Capítulo V (F) da *Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças* (ICD-10)³ com

base numa revisão internacional da bibliografia científica, consultas e consenso mundiais. O Capítulo V da ICD-10 dedica-se exclusivamente às perturbações mentais e comportamentais. Além de denominar doenças e perturbações, como os demais capítulos, inclui descrições clínicas e directrizes para diagnóstico, bem como os critérios de diagnóstico para investigação. As grandes categorias de perturbações mentais e comportamentais contempladas na ICD-10 são as seguintes:

Caixa 2.1. Classificação das perturbações mentais e comportamentais na ICD-10 (continuação).

- **Perturbações mentais orgânicas, inclusive as sintomáticas** – por exemplo, demência na doença de Alzheimer, delírio.
- **Perturbações mentais e comportamentais devidos ao abuso de substância psicoactiva** – por exemplo, consumo prejudicial de álcool, síndrome de dependência de opiáceos.
- **Esquizofrenia, perturbações esquizotípicas e perturbações delirantes** – por exemplo, esquizofrenia paranóide, perturbações delirantes, perturbações psicóticas agudas e transitórias.
- **Perturbações do humor (ou afectivas)** – por exemplo, perturbação afectiva bipolar, episódios depressivos.
- **Perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com o stress e perturbações somatoformes** – por exemplo, ansiedade generalizada, perturbações obsessivo-compulsivas.
- **Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a factores físicos** – por exemplo, perturbações da alimentação, perturbações não-orgânicas do sono.
- **Perturbações da personalidade e do comportamento do adulto** – por exemplo, perturbações paranóicas da personalidade, transexualismo.
- **Atraso mental** – por exemplo, atraso mental ligeiro.
- **Perturbações do desenvolvimento psicológico** – por exemplo, perturbações específicas da leitura, autismo infantil.
- **Perturbações do comportamento e perturbações emocionais que aparecem habitualmente na infância e na adolescência** – por exemplo, perturbações hipercinéticas, perturbações do comportamento, tiques.
- **Perturbação mental não especificada**

O relatório concentra-se numa selecção de perturbações que geralmente causam incapacidade grave quando não tratadas adequadamente e que impõem pesados encargos à comunidade. São eles as perturbações depressivas, as perturbações por abuso de substâncias, a esquizofrenia, a epilepsia, a doença de Alzheimer, o atraso mental e as perturbações da infância e da adolescência. A inclusão da epilepsia é explicada mais adiante neste capítulo.

Algumas das perturbações mentais e comportamen-

tais são incluídas em «perturbações neuropsiquiátricas» no anexo estatístico deste relatório. Esse grupo inclui a perturbação afectiva bipolar, as psicoses, a epilepsia, a dependência do álcool, a doença de Alzheimer e outras demências, a doença de Parkinson, a esclerose múltipla, a dependência de drogas, a perturbação da dependência pós-traumática de drogas, as perturbações obsessivo-compulsivas, as perturbações de pânico e as perturbações do sono.

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

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

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

e as definições das perturbações incluídas no estudo. Quando se consideram todas as perturbações incluídas na ICD-10 (ver Caixa 2.1), têm sido encontradas maiores taxas de prevalência. Pesquisas realizadas tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento mostraram que,

durante toda a sua vida, mais de 25% das pessoas apresentam uma ou mais perturbações mentais e comportamentais (Regier e col., 1988; Wells e col., 1989; Almeida Filho e col., 1997).

A maioria dos estudos chegou à conclusão de que a prevalência geral das perturbações mentais é aproximadamente a mesma no sexo masculino e no feminino. As diferenças porventura existentes são explicadas pela distribuição diferencial das perturbações. As perturbações mentais graves também são praticamente comuns, com exceção da depressão, mais frequente no sexo feminino, e das perturbações causadas pelo abuso de substâncias, que ocorrem mais frequentemente no sexo masculino.

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

Tabela 2.1 Prevalência de perturbações psiquiátricas *major* em cuidados primários de saúde.

Cidades	Depressão actual	Ansiedade generalizada	Dependência do álcool	Todas as perturbações mentais (segundo a CIDI^a)
	(%)	(%)	(%)	(%)
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	19,3
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	23,6
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	19,7	2,5	52,5
Seattle, E.U.A.	6,3	2,1	1,5	11,9
Shanghai, 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

^a CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

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

Perturbações observadas no contexto dos cuidados primários de saúde

As perturbações mentais e comportamentais são comuns entre os utentes dos serviços de cuidados primários de saúde. É útil uma avaliação do grau e do padrão dessas perturbações, nesse contexto, pelas potencialidades que há na identificação e no tratamento de perturbações, a este nível.

Os estudos epidemiológicos, em cuidados primários, têm-se baseado na identificação de perturbações mentais, através do uso de instrumentos de triagem, no diagnóstico clínico por profissionais de cuidados primários ou através de entrevistas para o diagnóstico psiquiátrico. O estudo transcultural, realizado pela OMS em 14 locais (Üstün e Sartori, 1995; Goldberg e Lecrubier, 1995), usou três diferentes métodos de diagnóstico: um instrumento breve de triagem, uma entrevista minuciosa estruturada e um diagnóstico clínico pelo médico de cuidados primários. Embora houvesse consideráveis variações nas prevalências, em diferentes locais, os resultados demonstram claramente que uma proporção substancial (cerca de 24%) de todos os doentes, naquele nível, evidenciava perturbação mental (ver tabela 2.1). No contexto dos cuidados primários, os diagnósticos mais comuns são a depressão, a ansiedade e perturbações pelo abuso de substâncias. Estes problemas estão presentes isoladamente ou em conjunto com uma ou mais afecções físicas. Não há diferenças constantes na prevalência entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Impacte das perturbações

As perturbações mentais e comportamentais exercem um considerável impacte sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. Os indivíduos não só apresentam sintomas inquietantes do seu problema, como sofrem também por estarem incapacitados de participar em actividades de trabalho e lazer, muitas vezes por discriminação. Eles preocupam-se pelo facto de não poderem arcar com as suas responsabilidades para com a família e os amigos e receiam ser um fardo para os outros.

Segundo estimativas, uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre actualmente de uma perturbação mental ou comportamental. Estas famílias vêem-se obrigadas a proporcionar não só apoio físico e emocional, mas também a suportar o impacte negativo do estigma e da discriminação, presentes em toda a parte do mundo. Embora não tenha sido adequadamente estudado o peso dos cuidados a um familiar com perturbação mental ou comportamentais, as indicações disponíveis parecem mostrar que essa carga é realmente substancial (Pai e Kapur, 1982; Fadden e col., 1987; Winefield e Harvey, 1994). Os encargos que recaem sobre a família vão desde os custos económi-

cos às reacções emocionais às doenças, ao *stress* face a um comportamento perturbado, à disrupção da rotina doméstica e à restrição das actividades sociais (OMS, 1997a). Os gastos com o tratamento de doenças mentais muitas vezes recaem sobre a família, seja por não haver seguro disponível, seja porque o seguro não cobre as perturbações mentais.

Além do peso directo, é preciso ter em conta as oportunidades perdidas. As famílias que têm um membro que sofre de perturbação mental fazem diversos ajustes e compromissos, que impedem outros familiares de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer (Gallagher e Mechanic, 1996). Esses são os aspectos humanos do custo das perturbações mentais, difíceis de avaliar e quantificar, não obstante a sua importância. As famílias vêem-se na contingência de dedicar uma parcela considerável do seu tempo para cuidar de um parente mentalmente doente, e sofrem privações económicas e sociais por essa pessoa não ser inteiramente produtiva. Há também o constante temor de que a recorrência da doença possa causar uma perturbação repentina e inesperada na vida dos membros da família.

É grande, e tem múltiplos aspectos, o impacte das perturbações mentais sobre as comunidades. Há o custo da prestação de cuidados, a perda de produtividade e certos problemas legais (inclusive violência) associados com algumas perturbações, embora a violência seja causada, muito mais frequentemente, por pessoas «normais» do que por indivíduos com perturbações mentais.

Uma variedade específica de ónus é a que recai sobre a saúde. Esse aspecto tem sido tradicionalmente medido – em estatísticas de saúde nacionais e internacionais – só em termos de incidência/prevalência e de mortalidade. Embora esses índices sejam adequados para doenças agudas que causam morte ou resultam em recuperação plena, o seu uso em doenças crónicas e incapacitantes enfrenta graves limitações. Isso é particularmente verdadeiro no caso das perturbações mentais e comportamentais, que são causas mais frequentes de incapacidade do que de morte prematura. Uma maneira de explicar a cronicidade das perturbações e a incapacidade por elas causada é a metodologia da Carga Global de Doenças (CGD). A metodologia da CGD 2000 é descrita resumidamente na Caixa 2.2. Nas estimativas iniciais calculadas para 1990, as perturbações mentais e neurológicas representavam 10,5% do total de AVAI perdidos por todas as doenças e lesões. Esse valor demonstrou, pela primeira vez, o pesado ónus devido a esses problemas. A estimativa para 2000 é de 12,3% para AVAI (ver figura 2.1). Três condições neuropsiquiáticas situam-se entre as 20 principais causas de AVAI para todas as idades, e seis para a faixa etária de 15-44 anos (ver figura 2.2). No cálculo de AVAI, estimativas recentes da Austrália, baseadas em métodos minuciosos e diferentes fontes de dados confirmaram as perturbações mentais como principal causa do ónus da incapacidade (Vos e Mathers, 2000). Uma análise das tendências indica claramente que essa carga crescerá rapidamente no futuro. As projecções indicam que

Caixa 2.2. A Carga Global de Doenças 2000.

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

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

- quantificar o ónus da mortalidade prematura e da incapacidade por idade, sexo e

região, para 135 causas ou grupos de causas *major*;

- analisar a contribuição para esse ónus de factores de risco seleccionados, usando um quadro de referência comparável;
- desenvolver vários cenários de projecção da carga das doenças nos próximos 30 anos.

Os AVAI referentes a uma doença são a soma dos anos de vida perdidos em virtude de mortalidade prematura (AVP) na população e os anos perdidos em virtude de incapacidade (API) pela incidência de doenças na população. O AVAI é uma medida do desnível de saúde que amplia o conceito de anos potenciais de vida perdida em virtude de morte prematura (VPMP), incluindo anos equivalentes de vida sadia perdidos em estados de saúde menos do que plena, denominada, grosso modo, incapacidade. Os resultados da CGD 2000 para perturbações neuropsiquiátricas referidos neste relatório baseiam-se numa ampla análise de dados de mortalidade de todas as regiões do mundo, juntamente com resenhas sistemáticas de estudos epidemiológicos e pesquisas sobre saúde mental baseadas na população. Os resultados finais da CGD 2000 serão publicados em 2002.

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

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

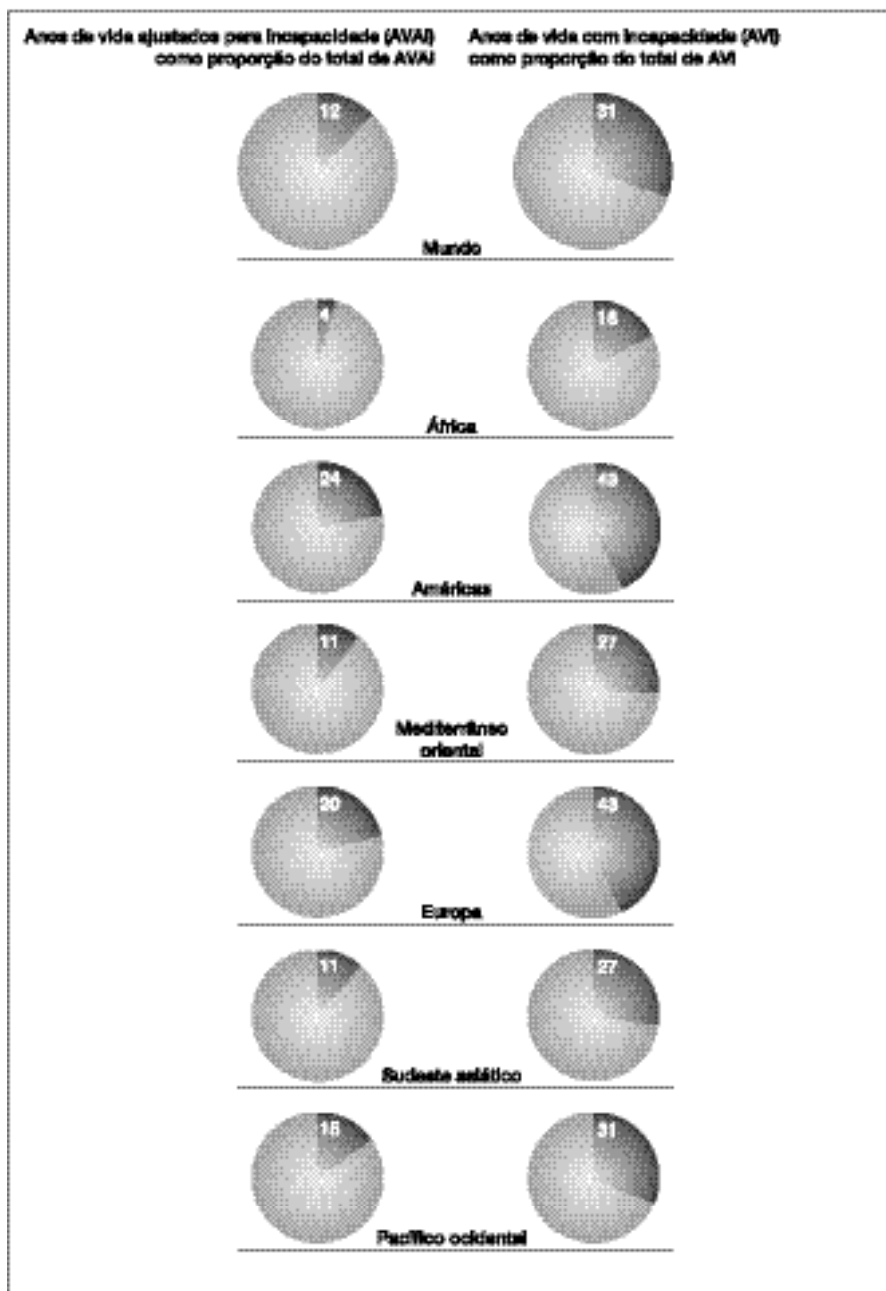
³ Murray, C. J. L.; Lopez, A. D., orgs. (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health para a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).

⁴ Murray, C. J. L.; Lopez, A. D. (2000). Progress and direction in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82.

crecerá para 15% até ao ano 2020 (Murray e Lopez, 1996a). As proporções globais e regionais de AVAI e AVI para as condições neuropsiquiátricas, são indicadas na figura 2.1.

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

Figura 2.1
Peso das perturbações neuropsiquiátricas em relação ao peso total das doenças, globalmente e em regiões da OMS, estimativas para 2000.



tal. Seis afecções neuropsiquiátricas situaram-se entre as 20 principais causas de incapacidade (AVI) no mundo, desdobrando-se em perturbações depressivas unipolares, perturbações pela utilização do álcool, esquizofrenia, perturbações afectivas bipolares, doença de Alzheimer e outras demências, e hemisferia (ver figura 2.3).

A taxa de incapacidade, devida a perturbações mentais e neurológicas, é elevada em todas as regiões do mundo. Como proporção do total, porém, ela é relativamente menor nos países em desenvolvimento, em resultado, sobretudo, do enorme peso das doenças transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais naquelas regiões. Mesmo assim, as perturbações neuropsiquiátricas respondem por 15% de todos os AVI em África.

Há diferentes graus de incerteza nas estimativas de AVAI e AVI da CGD 2000 para perturbações mentais e neurológicas, nomeadamente quanto à prevalência de diversas condições em diferentes regiões do mundo, e ainda quanto à variação das suas distribuições segundo a gravidade. De um modo particular, há considerável incerteza quanto às estimativas de prevalência de perturbações mentais em muitas regiões, reflectindo as limitações relativas aos instrumentos de autoavaliação para classificar sintomas de saúde mental, de forma comparável, entre diferentes populações; à possibilidade de generalização de pesquisas em subpopulações para grupos populacionais maiores e à informação disponível para classificar a gravidade dos sintomas de incapacidade nas condições de agravos à saúde mental.

Custos económicos para a sociedade

O impacto económico das perturbações mentais é profundo, durável e enorme. Estes problemas impõem ao indivíduo, à família e à comunidade no seu todo uma série de custos. Parte desse tributo é evidente e mensurável, enquanto outra parte é quase impossível de medir. Entre os componentes mensuráveis estão os serviços sociais e de saúde, a perda de emprego e a redução da produtividade, o impacto nas famílias e nos prestadores de cuidados, os níveis de criminalidade e a segurança pública e o impacto negativo da mortalidade prematura.

Alguns estudos, principalmente de países industrializados, calcularam os custos económicos agregados das perturbações mentais. Um desses estudos (Rice e col., 1990) concluiu que o custo agregado para os Estados Unidos correspondeu a 2,5% do produto nacional bruto. Alguns estudos da Europa estimaram a proporção dos gastos, neste domínio, em relação aos custos de todos os serviços de saúde: na Holanda, essa relação foi de 23,2% (Meerding e col., 1998), e no Reino Unido, para gastos com doentes internados, a proporção foi de 22% (Patel e Knapp, 1998). Embora não haja estimativas cien-

tíficas disponíveis para outras regiões do mundo, é provável que os custos das perturbações mentais em relação à economia global sejam também elevados. Embora as estimativas de custos directos possam ser baixas, em países onde a disponibilidade e a cobertura de cuidados em saúde mental são pequenas, tais estimativas não são muito credíveis. Os custos indirectos, decorrentes da perda de produtividade, respondem por uma proporção maior do total do que os custos directos. Além disso, os baixos custos do tratamento (devido à falta dele) podem efectivamente elevar os custos indirectos, ao fazer aumentar a duração das perturbações não tratadas e da concomitante incapacidade (Chisholm e col., 2000).

Com quase toda a certeza, estas estimativas de avaliações económicas são inferiores aos custos reais, uma vez que não têm em conta os custos de oportunidade perdida pelos indivíduos e as suas famílias.

Impacte na qualidade de vida

As perturbações mentais e comportamentais causam tremendas perturbações na vida dos que são afectados e das suas famílias. Embora não seja possível medir toda a gama de sofrimento e infelicidade, um dos métodos de aferir o seu impacte é usar instrumentos que meçam a qualidade de vida (QDV) (Lehman e col., 1998). As medidas de QDV usam as classificações subjectivas do indivíduo em diversas áreas, procurando avaliar o impacte dos sintomas e perturbações sobre a vida (Orley e col., 1998). Há diversos estudos sobre a qualidade da vida das pessoas que sofrem de perturbações mentais, que concluem que o impacte negativo, embora não seja substancial, é sustentado (UK700 Group, 1999). Já se demonstrou que a qualidade da vida continua a ser baixa, mesmo depois da recuperação, em virtude de factores sociais que incluem a persistência do estigma e da discriminação. Os resultados dos estudos de QDV indicam também que os indivíduos com perturbações mentais graves, com internamento prolongado em hospitais psiquiátricos, têm uma qualidade de vida mais baixa do que os que vivem na comunidade. Um estudo recente demonstrou claramente que as necessidades sociais e de funcionamento básicas não satisfeitas foram os mais importantes previsores de uma baixa qualidade de vida entre pessoas com perturbações mentais graves (UK700 Group, 1999).

O impacte sobre a qualidade da vida não fica limitado às perturbações mentais graves. As perturbações de ansiedade e de pânico também têm um efeito significativo, especialmente no que se refere ao funcionamento psicológico (Mendlowicz e Stein, 2000; Orley e Kuyken, 1994).

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

Ambos os sexos, todas as idades	% do total	Masculino, todas as idades	% do total	Feminino, todas as idades	% do total
1 Infecções das vias aéreas inferiores	6,4	1 Condições perinatais	6,4	1 HIV/SIDA	6,5
2 Condições perinatais	6,2	2 Infecções das vias aéreas inferiores	6,4	2 Infecções das vias aéreas inferiores	6,4
3 HIV/SIDA	6,1	3 HIV/SIDA	5,8	3 Condições perinatais	6,0
4 Perturbações depressivas unipolares	4,4	4 Doenças diarreicas	4,2	4 Perturbações depressivas unipolares	5,5
5 Doenças diarreicas	4,2	5 Isquemia cardíaca	4,2	5 Doenças diarreicas	4,2
6 Isquemia cardíaca	3,8	6 Acidentes de viação	4,0	6 Isquemia cardíaca	3,3
7 Doenças cerebrovasculares	3,1	7 Perturbações depressivas unipolares	3,4	7 Doenças cerebrovasculares	3,2
8 Acidentes de viação	2,8	8 Doenças cerebrovasculares	3,0	8 Malária	3,0
9 Malária	2,7	9 Tuberculose	2,9	9 Malformações congénitas	2,2
10 Tuberculose	2,4	10 Malária	2,5	10 Doença pulmonar obstrutiva crónica	2,1
11 Doença pulmonar obstrutiva crónica	2,3	11 Doença pulmonar obstrutiva crónica	2,4	11 Anemia ferripriva	2,1
12 Malformações congénitas	2,2	12 Malformações congénitas	2,2	12 Tuberculose	2,0
13 Sarampo	1,9	13 Perturbações por utilização de álcool	2,1	13 Sarampo	2,0
14 Anemia ferripriva	1,8	14 Sarampo	1,8	14 Perda da audição na idade adulta	1,7
15 Perda da audição na idade adulta	1,7	15 Perda da audição na idade adulta	1,8	15 Acidentes de viação	1,5
16 Quedas	1,3	16 Violência	1,6	16 Osteoartrite	1,4
17 Lesões autoprovocadas	1,3	17 Anemia ferripriva	1,5	17 Desnutrição proteico-energética	1,2
18 Perturbações por utilização de álcool	1,3	18 Quedas	1,5	18 Lesões autoprovocadas	1,1
19 Desnutrição proteico-energética	1,1	19 Lesões autoprovocadas	1,5	19 Diabetes <i>mellitus</i>	1,1
20 Osteoartrite	1,1	20 Cirrose hepática	1,4	20 Quedas	1,1

^a As afecções neuropsiquiátricas e lesões autoprovocadas estão destacadas.

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

Ambos os sexos, 15-44 anos	% do total	Masculino, 15-44 anos	% do total	Feminino, 15-44 anos	% do total
1 HIV/SIDA	13,0	1 HIV/SIDA	12,1	1 HIV/SIDA	13,9
2 Perturbações depressivas unipolares	8,6	2 Acidentes de viação	7,7	2 Perturbações depressivas unipolares	10,6
3 Acidentes de viação	4,9	3 Perturbações depressivas unipolares	6,7	3 Tuberculose	3,2
4 Tuberculose	3,9	4 Perturbações por utilização de álcool	5,1	4 Anemia ferripriva	3,2
5 Perturbações por utilização de álcool	3,0	5 Tuberculose	4,5	5 Esquizofrenia	2,8
6 Lesões autoprovocadas	2,7	6 Violência	3,7	6 Complicações no trabalho de parto	2,7
7 Anemia ferripriva	2,6	7 Lesões autoprovocadas	3,0	7 Perturbações afectivas bipolares	2,5
8 Esquizofrenia	2,6	8 Esquizofrenia	2,5	8 Aborto	2,5
9 Perturbações afectivas bipolares	2,5	9 Perturbações afectivas bipolares	2,4	9 Lesões autoprovocadas	2,4
10 Violência	2,3	10 Anemia ferripriva	2,1	10 Sepses materna	2,1
11 Perda da audição na idade adulta	2,0	11 Perda da audição na idade adulta	2,0	11 Acidentes de viação	2,0
12 Doença pulmonar obstrutiva crónica	1,5	12 Isquemia cardíaca	1,9	12 Perda da audição na idade adulta	2,0
13 Isquemia cardíaca	1,5	13 Guerra	1,7	13 Clamídia	1,9
14 Doenças cerebrovasculares	1,4	14 Quedas	1,7	14 Perturbações de pânico	1,6
15 Quedas	1,3	15 Cirrose hepática	1,6	15 Doença pulmonar obstrutiva crónica	1,5
16 Complicações do trabalho de parto	1,3	16 Perturbações por utilização de drogas	1,6	16 Hemorragia materna	1,5
17 Aborto	1,2	17 Doenças cerebrovasculares	1,5	17 Osteoartrite	1,4
18 Osteoartrite	1,2	18 Doença pulmonar obstrutiva crónica	1,5	18 Doenças cerebrovasculares	1,3
19 Guerra	1,2	19 Asma	1,4	19 Hemicrania	1,2
20 Perturbações de pânico	1,2	20 Afogamento	1,1	20 Isquemia cardíaca	1,1

^a As afecções neuropsiquiátricas e lesões autoprovocadas estão destacadas.

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

Ambos os sexos, todas as idades	% do total	Masculino, todas as idades	% do total	Feminino, todas as idades	% do total
1 Perturbações depressivas unipolares	11,9	1 Perturbações depressivas unipolares	9,7	1 Perturbações depressivas unipolares	14,0
2 Perda da audição na idade adulta	4,6	2 Perturbações por utilização de álcool	5,5	2 Anemia ferripriva	4,9
3 Anemia ferripriva	4,5	3 Perda da audição na idade adulta	5,1	3 Perda da audição na idade adulta	4,2
4 Doença pulmonar obstrutiva crónica	3,3	4 Anemia ferripriva	4,1	4 Osteoartrite	3,5
5 Perturbações por utilização de álcool	3,1	5 Doença pulmonar obstrutiva crónica	3,8	5 Doença pulmonar obstrutiva crónica	2,9
6 Osteoartrite	3,0	6 Quedas	3,3	6 Esquizofrenia	2,7
7 Esquizofrenia	2,8	7 Esquizofrenia	3,0	7 Perturbações afectivas bipolares	2,4
8 Quedas	2,8	8 Acidentes de viação	2,7	8 Quedas	2,3
9 Perturbações afectivas bipolares	2,5	9 Perturbações afectivas bipolares	2,6	9 Alzheimer e outras demências	2,2
10 Asma	2,1	10 Osteoartrite	2,5	10 Complicações no trabalho de parto	2,1
11 Malformações congénitas	2,1	11 Asma	2,3	11 Cataratas	2,0
12 Condições perinatais	2,0	12 Condições perinatais	2,2	12 Hemicrania	2,0
13 Alzheimer e outras demências	2,0	13 Malformações congénitas	2,2	13 Malformações congénitas	1,9
14 Cataratas	1,9	14 Cataratas	1,9	14 Asma	1,8
15 Acidentes de viação	1,8	15 Anemia ferripriva	1,8	15 Condições perinatais	1,8
16 Desnutrição proteico-energética	1,7	16 Alzheimer e outras demências	1,8	16 Clamídia	1,8
17 Doenças cerebrovasculares	1,7	17 Doenças cerebrovasculares	1,7	17 Doenças cerebrovasculares	1,8
18 HIV/SIDA	1,5	18 HIV/SIDA	1,6	18 Desnutrição proteico-energética	1,6
19 Hemicrania	1,4	19 Filíase linfática	1,6	19 Aborto	1,6
20 Diabetes <i>mellitus</i>	1,4	20 Perturbações por utilização de drogas	1,6	20 Perturbações de pânico	1,6

^a As condições neuropsiquiátricas estão destacadas.

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

Ambos os sexos, 15-44 anos	% do total	Masculino, 15-44 anos	% do total	Feminino, 15-44 anos	% do total
1 Perturbações depressivas unipolares	16,4	1 Perturbações depressivas unipolares	13,9	1 Perturbações depressivas unipolares	13,9
2 Esquizofrenia	5,5	2 Perturbações por utilização de álcool	10,1	2 Anemia ferripriva	10,6
3 Anemia ferripriva	4,9	3 Esquizofrenia	5,0	3 Esquizofrenia	3,2
4 Perturbações afectivas bipolares	4,9	4 Perturbações afectivas bipolares	5,0	4 Perturbações afectivas bipolares	3,2
5 Perturbações afectivas bipolares	4,7	5 Anemia ferripriva	4,2	5 Complicações no trabalho de parto	2,8
6 Perda da audição na idade adulta	3,8	6 Perda da audição na idade adulta	4,1	6 Perda da audição na idade adulta	2,7
7 HIV/SIDA	2,8	7 Acidentes de viação	3,8	7 Clamídia	2,5
8 Doença pulmonar obstrutiva crónica	2,4	8 HIV/SIDA	3,2	8 Aborto	2,5
9 Osteoartrite	2,3	9 Perturbações por utilização de drogas	3,0	9 Perturbações de pânico	2,4
10 Acidentes de viação	2,3	10 Doença pulmonar obstrutiva crónica	2,6	10 HIV/SIDA	2,1
11 Perturbações de pânico	2,2	11 Asma	2,5	11 Osteoartrite	2,0
12 Complicações no trabalho de parto	2,1	12 Quedas	2,4	12 Sepse materna	2,0
13 Clamídia	2,0	13 Osteoartrite	2,1	13 Doença pulmonar obstrutiva crónica	1,9
14 Quedas	1,9	14 Filaríase linfática	2,1	14 Hemicrania	1,6
15 Asma	1,9	15 Perturbações de pânico	1,6	15 Perturbações por utilização de álcool	1,5
16 Perturbações por utilização de drogas	1,8	16 Tuberculose	1,6	16 Artrite reumatóide	1,5
17 Aborto	1,6	17 Gota	1,3	17 Perturbações obsessivocompulsivas	1,4
18 Hemicrania	1,6	18 Perturbações obsessivocompulsivas	1,3	18 Quedas	1,3
19 Perturbações obsessivocompulsivas	1,4	19 Violência	1,2	19 Estado de pós-stress traumático	1,2
20 Sepse materna	1,2	20 Gonorreia	1,1	20 Asma	1,1

^a As condições neuropsiquiátricas estão destacadas.

Algumas perturbações comuns

As perturbações mentais e comportamentais apresentam um quadro variado e heterogêneo. Enquanto algumas são ligeiras, outras são graves. Algumas duram poucas semanas, ao passo que outras podem durar a vida inteira. Algumas não chegam a ser sequer discerníveis, a não ser através de um exame minucioso, ao passo que outras são impossíveis de ocultar mesmo a um observador casual. Este relatório concentra-se em algumas perturbações comuns que impõem pesadas cargas à comunidade e são geralmente encaradas com grande preocupação. É o caso das perturbações depressivas, das devidas à utilização de substâncias, da esquizofrenia, da epilepsia, da doença de Alzheimer, do atraso mental e das perturbações da infância e da adolescência. A inclusão da epilepsia requer uma explicação. Trata-se de uma perturbação neurológica e está classificada no Capítulo VI da ICD-10 com outras doenças do sistema nervoso. Antigamente, porém, a epilepsia era considerada uma perturbação mental e ainda é considerada como tal em muitas sociedades. Tal como os portadores de perturbações mentais, as pessoas com epilepsia são alvo de estigma e podem ter incapacidade grave, se a doença não for tratada. O controlo da epilepsia é, muitas vezes, da responsabilidade de profissionais de saúde mental, dada a alta prevalência desta perturbação e a relativa escassez de serviços neurológicos especializados, especialmente nos países em desenvolvimento. Além disso, muitos países têm legislação que impede as pessoas com perturbações mentais e epilepsia de assumirem certas responsabilidades civis.

A secção seguinte descreve resumidamente a epidemiologia, a carga, a progressão/resultado e as características especiais de algumas perturbações, como exemplos, para dar contexto à discussão das intervenções disponíveis (no Capítulo 3) e às políticas e aos programas de saúde mental (no Capítulo 4).

Perturbações depressivas

A depressão caracteriza-se por tristeza, perda de interesse nas actividades e diminuição da energia. Outros sintomas são a perda de confiança e auto-estima, o sentimento injustificado de culpa, ideias 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 passar por reveses na vida, o diagnóstico da depressão só se faz quando os sintomas atingem um certo limiar e perduram por, pelo menos, duas semanas. A depressão pode variar em gravidade, desde a depressão ligeira até à muito grave (ver figura 1.3). Ocorre muitas vezes episodicamente, mas pode ser recorrente ou crónica. É mais comum no sexo feminino do que no masculino. A CGD 2000 estima que a prevalência de

ponto dos episódios depressivos unipolares se situará em 1,9% no sexo masculino e em 3,2% no feminino; e que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passarão por um episódio depressivo num período de 12 meses. Estes valores de prevalência variam entre as diferentes populações, podendo ser mais elevados em algumas delas.

A análise da CGD 2000 mostra também que as perturbações depressivas unipolares impõem um encargo pesado à sociedade, situando-se em quarto lugar, entre todas as doenças, nas que originam mais encargos, respondendo por 4,4% do total de AVAI e sendo a principal causa de AVI, de cujo total representam 11,9%. Na faixa etária dos 15 aos 44 anos, foi a segunda maior causa de ónus, totalizando 8,6% de AVAI perdidos. Embora essas estimativas demonstrem claramente o muito elevado nível actual da carga resultante da depressão, as perspectivas para o futuro são ainda mais sombrias. Até 2020, se persistirem as tendências 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, só a doença isquémica cardíaca a suplantará em AVAI perdidos, em ambos os sexos. Nas regiões desenvolvidas, a depressão é que terá, então, mais peso na carga de doenças.

A depressão pode afectar as pessoas em qualquer fase da vida, embora a incidência seja mais alta nas idades médias. Há, porém, um crescente reconhecimento da depressão durante a adolescência e o princípio da vida adulta (Lewinsohn e col., 1993). A depressão é essencialmente um episódio recorrente durando geralmente cada um entre alguns meses e alguns anos, com um período normal entre eles. Em cerca de 20% dos casos, porém, a depressão evolui, sem remissão, para a cronicidade (Thornicroft e Sartorius, 1993), especialmente quando não há tratamento adequado disponível. A taxa de recorrência para os que recuperam do primeiro episódio situa-se à volta dos 35% aos 2 anos, e cerca de 60% aos 12 anos. A taxa de recorrência é mais elevada nos indivíduos com mais de 45 anos de idade. Um dos resultados particularmente trágicos de uma perturbação depressiva é o suicídio. Cerca de 15%-20% dos doentes depressivos põem termo à vida cometendo suicídio (Goodwin e Jamison, 1990). O suicídio continua a ser um dos resultados frequentes e evitáveis da depressão.

A perturbação afectiva bipolar é uma perturbação depressiva acompanhada de episódios maníacos caracterizados por humor expansivo, aumento da actividade, autoconfiança excessiva e deterioração da concentração. Segundo a CGD 2000, a prevalência de ponto das perturbações bipolares é de aproximadamente 0,4%.

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

Perturbações pela utilização de substâncias

As perturbações mentais e comportamentais resultantes da utilização de substâncias psicoactivas incluem as perturbações devidas à utilização de álcool, opiáceos, tais como ópio ou heroína, canabinóides como *cannabis*, sedativos e hipnóticos, cocaína, outros estimulantes, alucinogénios, tabaco e solventes voláteis, e são originadas por intoxicação, uso nocivo, dependência e perturbações psicóticas. Faz-se o diagnóstico de utilização nociva quando se verifica dano da saúde física ou mental. A síndrome de dependência envolve desejo pronunciado de tomar a substância, dificuldade de controlar o uso, estados de supressão fisiológica, tolerância, diminuição ou abandono da participação noutros prazeres e interesses e uso persistente não obstante os danos causados ao próprio e aos outros.

Embora o uso de substâncias (juntamente com as perturbações a elas associadas) varie de uma região para outra, o tabaco e o álcool são, em geral, as substâncias de maior uso no mundo e as que têm mais graves consequências para a saúde pública.

O uso do tabaco é extremamente comum, na maioria dos casos sob a forma de cigarros. O Banco Mundial estima que, nos países de elevado rendimento, os cuidados de saúde relacionados com o tabagismo correspondem a 6%-15,1% dos custos anuais dos cuidados de saúde (Banco Mundial, 1999).

Hoje, cerca de um em quatro adultos, ou 1,2 biliões de pessoas, fuma. Até 2025, o número deverá subir para mais de 1600 milhões. Segundo estimativas, o tabaco foi responsável por mais de 3 milhões de mortes em 1990, atingindo 4 milhões de mortes em 1998. Estima-se que as mortes imputáveis ao tabaco subirão a 8,4 milhões em 2020 e chegarão a 10 milhões por volta de 2030. Esse aumento, porém, não será igualmente dividido: nos países em desenvolvimento, as mortes deverão subir 50%, de 1,6 para 2,4 milhões, ao passo que, na Ásia, elas subirão de 1,1 milhão, em 1990, para o nível estimado de 4,2 milhões em 2020 (Murray e Lopez, 1997).

Além dos factores sociais e comportamentais associados com o início do tabagismo, observa-se uma clara dependência da nicotina na maioria dos fumadores crónicos. Esta dependência impede esses indivíduos de deixarem de fumar e de manterem o tabaco à distância. A caixa 2.3 descreve o vínculo entre perturbações mentais e o uso do tabaco.

O álcool é também uma substância de uso comum na maioria das regiões do mundo. A prevalência de ponto das perturbações devidas ao uso de álcool (uso patológico e dependência) em adultos foi estimada em cerca de 1,7% em todo o mundo, segundo análise da CGD 2000. As taxas são de 2,8% para o sexo masculino e 0,5% para o feminino. A prevalência de perturbações pela utilização de álcool acusa variações consideráveis entre diferentes regiões do mundo, indo de níveis muito baixos nalguns países do Médio Oriente, a mais de 5% na América do Norte e partes da Europa oriental.

Caixa 2.3. Utilização do tabaco e perturbações mentais.

O vínculo entre a utilização do tabaco e perturbações mentais é complexo. Os resultados das pesquisas dão fortes indícios de que os profissionais de saúde mental precisam de prestar muito mais atenção ao uso do tabaco pelos seus doentes durante e depois do tratamento, a fim de evitar problemas correlacionados.

As pessoas com perturbações mentais têm cerca de duas vezes mais probabilidades de fumar do que as outras; as com esquizofrenia e dependência do álcool são particularmente propensas a fumar excessivamente, com taxas que vão até 86%¹⁻³. Um estudo recente, feito nos EUA, mostrou que as pessoas com perturbações mentais acusavam um índice de tabagismo de 41%, em comparação com 22,5% na população em geral, e estimou que 44% dos cigarros fumados no país são consumidos por pessoas com perturbações mentais⁴.

A utilização habitual do tabaco começa mais cedo nos adolescentes do sexo masculino com perturbações de défice de atenção⁵ e os indivíduos com depressão têm mais probabilidades de serem fumadores⁶. Embora o pensamento tradicional tenha sido o de considerar que as pessoas deprimidas tendem a fumar mais devido aos seus sintomas, novos indícios mostram que pode ocorrer justamente o contrário. Um estudo em adolescentes mostrou que os que se tornavam deprimidos acusavam uma maior prevalência de tabagismo anterior – o que indicaria que, efecti-

vamente, o consumo de tabaco resultou em depressão naquela faixa etária⁷.

Os doentes com perturbações por utilização de álcool e drogas também mostram mudanças sistémicas no seu comportamento tabagista durante o tratamento. Um estudo recente constatou que, embora os fumadores inveterados fumassem menos quando hospitalizados para desintoxicação, os moderados aumentavam substancialmente o consumo de tabaco⁸.

As razões do elevado índice de tabagismo entre pessoas com perturbações mentais e comportamentais não são conhecidas claramente, mas já se indicou a possibilidade de que ele seja devido a mecanismos neuroquímicos⁹. A nicotina é um agente altamente psicoactivo que tem diferentes efeitos no cérebro: tem propriedades «reforçadoras» e activa o sistema de recompensa do cérebro; leva também a um aumento da liberação de dopamina em zonas do cérebro que estão estreitamente relacionadas com perturbações mentais. É possível também que a nicotina seja consumida numa tentativa de reduzir a angústia e outros efeitos indesejáveis dos sintomas mentais. O ambiente social, inclusive o isolamento e o tédio, podem também contribuir para isso, o que é particularmente evidente num contexto institucional. Sejam quais forem as razões, não há dúvida quanto ao facto de que as pessoas com perturbações mentais põem a sua saúde ainda mais em perigo ao fumar excessivamente.

¹ Hughes, J. R. e col. (1985). «Prevalence of smoking among psychiatric outpatients». *American Journal of Psychiatry*, 143: 933-997.

² Golf, D. C. e col. (1992). «Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects». *American Journal of Psychiatry*, 149: 1189-1194.

³ True, W. R. e col. (1999). «Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men». *Archives of General Psychiatry*, 56: 655-661.

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

⁵ Castellanos, F. X. e col. (2000). «Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder». *American Journal of Psychiatry*, 157(12): 1791-1796.

⁶ Pomerleau, O. F. e col. (1995). «Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder». *Journal of Substance Abuse*, 7(3): 373-368.

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

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

O uso do álcool está a aumentar rapidamente em algumas regiões em desenvolvimento (Jernigan e col., 2000; Riley e Marshall, 1999; WHO, 1999), com possibilidades de agravar problemas relacionados com o álcool (OMS, 2000b). O uso do álcool é também um importante motivo de preocupação em relação às populações indígenas em todo o mundo, que mostram uma prevalência mais elevada de utilização e dos problemas correlacionados.

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

O álcool impõe à sociedade um elevado custo económico. Segundo uma estimativa, o custo económico anual do abuso do álcool nos EUA seria de US\$148 biliões, incluindo US\$19 biliões para gastos em cuidados de saúde (Harwood e col., 1998). No Canadá, os custos económicos do álcool atingem aproximadamente US\$18,4 biliões, representando 2,7% do produto interno bruto. Estudos feitos noutros países avaliaram o custo dos problemas relacionados com o álcool em cerca de 1% do PIB (Collins e Lapsely, 1996; Rice e col., 1991). Um estudo recente 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 cuidados com problemas ligados ao álcool do que o que conseguem arrecadar com ele.

Além do tabaco, há também o abuso de grande número de substâncias – geralmente agrupadas na categoria geral de drogas. Estas compreendem drogas ilícitas, como heroína, cocaína e *cannabis*. A prevalência do 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 perturbações por utilização de heroína e cocaína é de 0,25%. As drogas injectáveis trazem em si considerável risco de infecções como a hepatite B, a hepatite C e o HIV. Calcula-se que existem cerca de 5 milhões de pessoas no mundo que injectam drogas ilícitas. A prevalência da infecção por HIV entre os que usam drogas injectáveis é de 20%-80% em muitas cidades. O crescente papel do uso deste tipo de drogas na transmissão do HIV tem despertado uma considerável preocupação em todo o mundo, especialmente nos países da Europa central e oriental (UNAIDS, 2000).

A carga imputável às drogas ilícitas (heroína e cocaína) foi estimada em 0,4% da carga total de doenças segundo a CGD 2000. O custo económico do uso patológico e da dependência de drogas nos EUA foi estimado em US\$98 bilhões (Harwood e col., 1998). Essas estimativas da carga de doenças e do seu custo não têm em conta diversos efeitos sociais negativos causados pela

utilização de drogas. O uso de tabaco e de álcool começa tipicamente durante a juventude e actua como facilitador da utilização de outras drogas. Assim, o tabaco e o álcool contribuem indirectamente para uma grande proporção da carga de outras drogas e para as doenças que delas derivam.

Pergunta-se muitas vezes se as perturbações pela utilização de substâncias são realmente perturbações ou se devem ser consideradas antes como comportamentos desviantes de pessoas que se entregam propositadamente a uma actividade que lhes causa danos. Embora a decisão de experimentar substâncias psicoactivas tenha geralmente um carácter pessoal, criar dependência após o uso repetido, torna-se não uma decisão consciente e informada, nem o resultado de uma fraqueza moral, mas, antes, o produto de uma complexa combinação de factores genéticos, fisiológicos e ambientais. É muito difícil determinar com precisão quando uma pessoa se torna dependente de uma substância (seja qual for o seu estatuto legal), havendo indicações de que, em vez de ser uma categoria claramente definida, a dependência instala-se de forma progressiva – do uso inicial, sem dependência significativa, à dependência grave, com consequências físicas, mentais e socioeconómicas.

Há também crescentes indícios de alterações neuroquímicas no cérebro associadas com muitas das características da dependência de substâncias, e causadoras, de facto, de muitas delas. Os próprios indícios clínicos parecem mostrar que a dependência de substâncias deve ser encarada ao mesmo tempo como uma doença médica crónica e como um problema social (Leshner, 1997; McLellan e col., 2000). As raízes comuns da dependência de uma série de substâncias e a elevada prevalência de dependência múltipla indicam também que este problema deve ser considerado como uma perturbação mental complexa, possivelmente com base no funcionamento do cérebro.

Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma perturbação grave que começa, tipicamente, perto do fim da adolescência ou no início da idade adulta. Caracteriza-se por distorções fundamentais do pensamento e da percepção e por emoções impróprias. A perturbação envolve as funções mais básicas que dão à pessoa normal um sentido de individualidade, singularidade e autodirecção. O comportamento pode mostrar-se gravemente perturbado durante certas fases da perturbação, levando a consequências sociais adversas. A firme crença em ideias que são falsas e sem qualquer base na realidade (delírio) é outro aspecto desta perturbação.

A esquizofrenia segue um curso variável, com completa recuperação sintomática e social em cerca de um terço dos casos. Pode ter, porém, uma evolução crónica ou recorrente, com sintomas residuais e recuperação social incomple-

ta. Indivíduos com esquizofrenia crónica eram, outrora, uma grande parte dos residentes em instituições mentais, continuando ainda a sê-lo em lugares onde essas instituições existem. Com os modernos avanços no tratamento medicamentoso e no tratamento psicossocial, quase metade dos indivíduos na fase inicial da esquizofrenia podem esperar uma recuperação plena e duradoura. Quanto aos restantes, só cerca de um quinto continua a enfrentar limitações graves nas suas actividades quotidianas.

Observa-se esquizofrenia em proporções iguais entre os sexos, embora, nas mulheres, a sua manifestação inicial tenda a ocorrer mais tardiamente, e também, a ter uma melhor evolução e melhores resultados.

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

No estudo sobre a carga global de doenças, a esquizofrenia é responsável por 1,1% do total de AVAI e 2,8% dos AVI. O custo económico da esquizofrenia para a sociedade é também elevado. Calculou-se que o seu custo, nos EUA em 1991 foi de US\$19 biliões em gastos directos e US\$46 biliões em perda de produtividade.

Mesmo depois de desaparecidos os sintomas mais evidentes desta perturbação, alguns sintomas residuais podem permanecer. São eles a falta de interesse e de iniciativa no trabalho e nas actividades do dia-a-dia, a incompetência social e a incapacidade de manifestar interesse em actividades lúdicas. Estes sintomas podem causar incapacidade permanente e uma baixa qualidade de vida. Podem também impor um fardo considerável às famílias (Pai e Kapur, 1982). Tem sido repetidamente demonstrado que a esquizofrenia tem uma evolução menos grave nos países em desenvolvimento (Kulhara e Wig, 1978; Thara e Eaton, 1996). Por exemplo, num dos estudos internacionais em locais múltiplos, a proporção de doentes que acusaram remissão total após dois anos foi de 63% nos países em desenvolvimento contra 37% nos países desenvolvidos (Jablensky e col., 1992). Embora tenham sido feitas tentativas para explicar melhor esse resultado como consequência de um apoio familiar mais forte e de menos exigências feitas aos doentes, não estão claras as razões dessas diferenças.

Um número considerável de indivíduos com esquizofrenia tenta o suicídio, em dado momento, durante o curso da sua doença. Um recente estudo mostrou que 30% dos doentes diagnosticados com esta perturbação tinham tentado o suicídio, pelo menos uma vez, durante a vida (Radomsky e col., 1999) e que aproximadamente 10% das pessoas com esquizofrenia morrem por suicídio (Caldwell e Gottesman, 1990). Em todo o mundo, a doença esquizofrénica reduz o período de vida da pessoa afectada numa média de 10 anos.

Epilepsia

A epilepsia é a perturbação cerebral mais frequente na população em geral. Caracteriza-se pela recorrência de ataques causados por descargas de actividade eléctrica excessiva numa parte do cérebro ou no seu todo. A maioria das pessoas com epilepsia não apresenta qualquer anormalidade cerebral evidente ou demonstrável além das alterações eléctricas. Contudo, uma proporção dos indivíduos com esta perturbação pode sofrer de lesão cerebral concomitante, susceptível de causar outras disfunções físicas, tais como espasticidade ou atraso mental.

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

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

Esta doença impõe uma carga significativa às comunidades, especialmente nos países em desenvolvimento, onde um grande número de doentes pode permanecer sem tratamento. A CGD 2000 estima a carga agregada, devida à epilepsia, em 0,5% da carga total de doenças. Além da incapacidade física e mental, a epilepsia resulta muitas vezes em graves consequências psicossociais para o indivíduo e a família. O estigma ligado à epilepsia impede que os indivíduos que a têm participem em actividades normais, inclusive no que respeita a educação, casamento, trabalho e desporto.

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

Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é uma doença degenerativa primária do cérebro. A demência na doença de Alzheimer é classificada como perturbação mental e

comportamental na ICD-10. Caracteriza-se pelo declínio progressivo das 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 actividades pessoais da vida diária. A doença de Alzheimer tem um início insidioso, com deterioração lenta. Esta doença precisa de ser claramente diferenciada do declínio normal das funções cognitivas associado ao envelhecimento. O declínio normal é muito menor, muito mais gradual e resulta em incapacidades menores. O início da doença de Alzheimer geralmente ocorre após os 65 anos de idade, embora não seja raro o início mais cedo. Com o avanço da idade, aumenta rapidamente a incidência (que duplica, aproximadamente, a cada cinco anos). Isto tem óbvias repercussões no número total de pessoas que vivem com esta perturbação, 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 são geralmente compostas por pessoas maiores de 65 anos, embora alguns estudos tenham indicado populações mais jovens, especialmente em países onde o período esperado de vida é mais curto (por exemplo, a Índia). A ampla variação dos valores de prevalência (1%-5%) explica-se, em parte, pelas diferenças de idade, nas amostras, e dos 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 com a doença de Alzheimer é maior, por ser maior a longevidade no sexo feminino.

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

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

A doença de Alzheimer já representa um custo tremendo para a sociedade (Rice e col., 1993), custo esse que continuará a crescer (Brookmeyer e Gray, 2000). Os custos totais, directos e indirectos, desta perturbação, nos EUA, foram calculados em US\$536 milhões e US\$1,75 biliões, respectivamente, para o ano 2000.

Atraso mental

O atraso 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, a linguagem e as faculdades motoras e sociais. Descrito também como insuficiência ou deficiência mental, o atraso mental pode ocorrer com ou sem outras perturbações físicas ou mentais. Embora o aspecto característico desta perturbação seja a redução do nível de funcionamento intelectual, o diagnóstico só se faz se ela estiver associada à diminuição da capacidade de adaptação às exigências diárias do ambiente social normal. O atraso mental é também classificado como ligeiro (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 a 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 atraso mental esteja situada entre 1% e 3%, correspondendo ao atraso moderado, grave e profundo a taxa de 0,3%. A 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 atraso mental é a carência de iodo, que resulta em cretinismo (Sankar e col., 1998). A deficiência de iodo é a maior causa de lesão cerebral evitável e de atraso mental no mundo (Delange, 2000).

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

Perturbações da infância e da adolescência

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

A ICD-10 identifica duas grandes categorias específicas da infância e da adolescência: perturbações do desenvolvimento psicológico e perturbações comportamentais e emocionais. Os primeiros caracterizam-se pela deterioração ou atraso do desenvolvimento de funções específicas como a fala e a linguagem (dislexias) ou por perturbações globais do desenvolvimento (autismo, por exemplo). Estas perturbações têm uma evolução constante, sem remissão ou recorrência, embora a maioria tenda a melhorar com o tempo. O grupo geral das dislexias compreende perturbações de leitura e grafia. A sua prevalência ainda é incerta, mas pode situar-se em cerca de 4% para a população em idade escolar (Spagna e col., 2000). A segunda categoria, perturbações comportamentais e emocionais, inclui perturbações hipercinéticas (na ICD-10), perturbações de hiperactividade/défice de atenção (no DSM-IV, APA, 1994), perturbações comportamentais e perturbações emocionais da infância. Além disso, muitas das perturbações mais frequentemente observadas em adultos podem ter início durante a infância. Exemplo disso é a depressão, que tem vindo a ser identificada com crescente frequência em crianças.

A prevalência geral de perturbações mentais e comportamentais em crianças foi investigada em vários estudos de países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os resultados de uma selecção de estudos aparecem na tabela 2.2.

Tabela 2.2 Prevalência de perturbações da infância e adolescência, estudos seleccionados

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

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

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

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

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

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

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

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

Embora os valores de prevalência variem consideravelmente entre os estudos, 10%-20% das crianças parecem ter um ou mais problemas mentais. Há que fazer uma ressalva a estas estimativas elevadas de morbidade entre crianças e adolescentes. Como a infância e a adolescência são fases do desenvolvimento, é difícil traçar limites claros entre fenómenos 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 cuidados especiais, pode nem sempre corresponder a um diagnóstico definido.

As perturbações mentais e comportamentais da infância e da adolescência custam muito caro à sociedade em termos tanto humanos como financeiros. A carga agregada de doenças gerada por estas perturbações não foi estimada e seria muito complexo o seu cálculo, porque muitas das perturbações podem ser precursoras de perturbações muito mais incapacitantes durante uma fase posterior da vida.

Co-morbilidade

É comum a ocorrência simultânea de duas ou mais perturbações mentais no mesmo indivíduo. Isto não é muito diferente da situação das perturbações físicas, que tendem também a ocorrer juntas muito mais frequentemente do que poderia ser explicado pelo acaso. É particularmente comum com o avanço da idade, quando diversas perturbações físicas e mentais podem co-ocorrer. Os problemas de saúde física podem não só coexistir com distúrbios mentais, como a depressão, como podem também prognosticar o início e a persistência da depressão (Geerling e col., 2000).

Dentre os estudos metodologicamente válidos de amostras representativas nacionais, um foi feito nos EUA (Kessler e col., 1994) e mostrou que 79% de todos os doentes apresentavam co-morbilidade. Por outras palavras, só em 21% dos doentes se verificou a ocorrência de uma perturbação mental isolada. Mais de metade das perturbações de toda a vida ocorreu em 14% da população. Resultados semelhantes foram obtidos em estudos de outros países, embora não seja copiosa a informação disponível dos países em desenvolvimento.

A ansiedade e as perturbações depressivas ocorrem muitas vezes em simultâneo. Observa-se essa co-morbilidade em aproximadamente metade das pessoas com estas perturbações (Zimmerman e col., 2000). Outra situação comum é a presença de perturbações mentais associadas com a utilização e dependência de substâncias. Entre pessoas atendidas por serviços relacionados com a utilização de álcool e drogas, entre 30% e 90% apresentam uma «per-

turbação dupla» (Gossop e col., 1998). A taxa de perturbações por utilização de álcool é também elevada entre os que procuram os serviços de saúde mental (65% segundo a comunicação de Rachliesel e col., 1999). As perturbações por utilização de álcool são também comuns (12%-50%) entre pessoas com esquizofrenia.

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

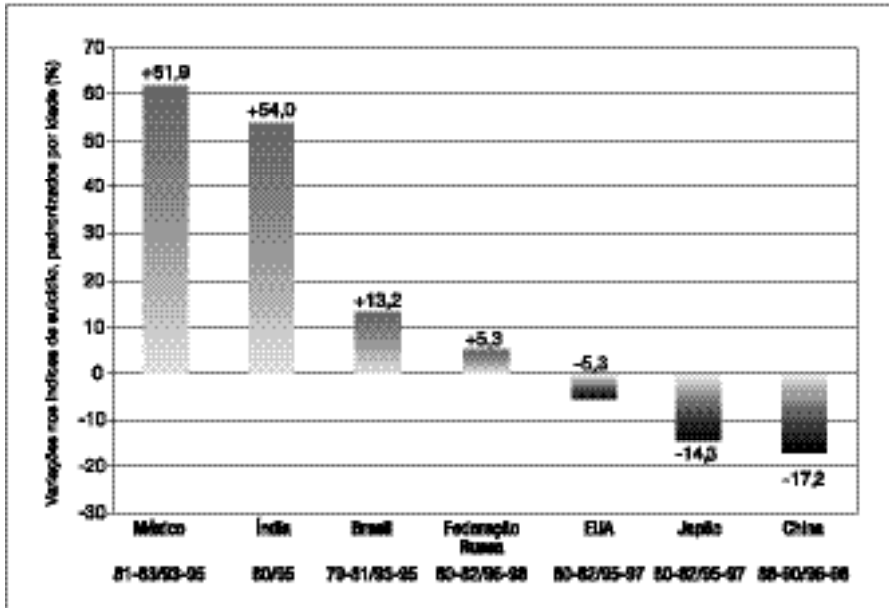
Suicídio

O suicídio resulta de um acto deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. O suicídio constitui hoje um grande problema de saúde pública. Tomada como média para 53 países dos quais há dados completos disponíveis, a taxa agregada e padronizada de suicídio em 1996 foi de 15,1 por 100 000. A taxa de suicídio é quase universalmente mais elevada entre homens, em comparação com as mulheres, por um coeficiente agregado de 3,5:1.

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

Geograficamente, verificam-se consideráveis variações dos índices de suicídio. As tendências observadas nos megapaíses do mundo – os que têm mais de 100 milhões de habitantes – provavelmente proporcionarão informações idóneas sobre a mortalidade por suicídio. Há informações disponíveis de 7 de 11 desses países nos últimos 15 anos. As tendências variam de um aumento de quase 62% no México a um declínio de 17% na China, enquanto os EUA e a Federação Russa se encaminham em direcções opostas pelos mesmos 5,3%, como mostra a figura 2.4. São necessárias duas observações: primeiro, é muito provável que só o tamanho das suas populações coloque esses países na mesma categoria, uma vez que são diferentes em praticamente todos os outros aspectos. Segundo, a magnitude da mudança não reflecte a verdadeira magnitude dos índices de suicídio naqueles países. No ano mais recente para o qual há dados disponíveis, os índices de suicídio variam de 3,4 por 100 000 no México a 14,0 por 100 000 na China e 34,0 por 100 000 na Federação Russa.

Figura 2.4 Variações nos índices de suicídio, padronizados por idade, durante períodos específicos em países com mais de 100 milhões de habitantes.



É muito difícil, senão mesmo impossível, encontrar uma explicação comum para essa diversidade de variações. A mudança socioeconómica (em qualquer sentido) muitas vezes é apontada como possível factor contribuinte para um aumento dos índices de suicídio. Contudo, embora isso tenha sido documentado em várias ocasiões, têm sido também observados aumentos dos índices de suicídio em períodos de estabilidade socioeconómica, assim como se têm observado taxas de suicídio estáveis em períodos de grandes transformações socioeconómicas. Não obstante, estes valores agregados podem ocultar diferenças significativas entre alguns sectores da população. Por exemplo, uma evolução plana dos índices de suicídio pode ocultar um aumento das taxas para o sexo masculino estatisticamente compensado por uma diminuição das taxas para o sexo feminino (como ocorreu, por exemplo, na Austrália, Chile, Cuba, Espanha e Japão); aplicar-se-ia o mesmo a grupos etários extremos, tais como os adolescentes e os idosos (por exemplo, na Nova Zelândia). Já se mostrou que os aumentos das taxas de desemprego são, geralmente mas nem sempre, acompanhados de uma baixa dos índices de suicídio na população em geral (por exemplo, na Finlândia), mas também de uma subida dos índices de suicídio entre os idosos e reformados (por exemplo, na Suíça).

Figura 2.5 Suicídio como principal causa de morte.
Países seleccionados da Região Europeia e da China, faixa de 15-34 anos, 1998.

Região da Europa (países seleccionados) ^a		
Ambos os sexos	Sexo masculino	Sexo feminino
1. Acidentes de viação	1. Acidentes de viação	1. Todos os cancros
2. Suicídio	2. Suicídio	2. Acidentes de viação
3. Todos os cancros	3. Todos os cancros	3. Suicídio

China (regiões seleccionadas) ^b		
Ambos os sexos (zonas rurais e urbanas)	Sexo masculino (zonas rurais)	Sexo feminino (zonas rurais)
1. Suicídio	1. Acidentes com veículos a motor	1. Suicídio
2. Acidentes com veículos a motor	2. Todos os cancros	2. Todos os cancros
3. Todos os cancros	3. Suicídio	3. Todas as doenças cardiovasculares

^a Abécia, Alemanha, Bulgária, Croácia, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Macedónia, Malta, Noruega, Portugal, Reino Unido, República da Moldóvia, República Checa, Roménia.

^b Estatísticas de causas de morte e taxas vitais, sistemas de registo civil e outras fontes de informação. *World Health Statistics Annual 1999*, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1994 (Secção A/B: China 15-17).

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

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

As lesões autoprovocadas, inclusive o suicídio, foram a causa de cerca de 814 000 mortes em 2000. Segundo a CGD 2000, foram responsáveis por 1,3% dos AVAI totais.

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

É bem conhecido o facto de a disponibilidade de meios para cometer suicídio tem um impacte significativo nos suicídios ocorridos em qualquer região. Este aspecto foi mais estudado em relação à disponibilidade de armas de fogo, tendo-se verificado que ocorre uma elevada mortalidade por suicídio entre pessoas que compraram tais armas um passado recente (Wintemute e col., 1999). De todas as pessoas que morreram devido a lesões com armas de fogo nos Estados Unidos, em 1997, um total de 54% morreram por suicídio (Rosenberg e col., 1999).

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

Determinantes das perturbações mentais e comportamentais

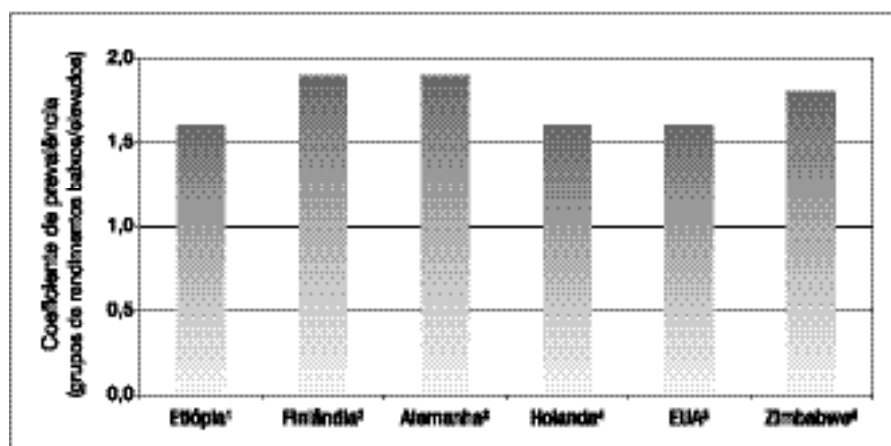
Diversos factores determinam a prevalência, o início e a evolução das perturbações mentais e comportamentais. Estes factores são sociais e económicos, factores demográficos como o sexo e a idade, ameaças graves tais como os conflitos e desastres, a presença de doença física grave e o ambiente familiar, que são aqui descritos resumidamente para ilustrar o seu impacte na saúde mental.

Pobreza

A pobreza e as condições a ela associadas – desemprego, baixo nível de instrução, privação e ausência de habitação – não só são generalizadas em países pobres como também afectam uma minoria considerável em países ricos. Dados de pesquisas transculturais feitas no Brasil, Chile, Índia e Zimbabué mostram que as perturbações mentais mais comuns são cerca de duas vezes mais frequentes entre os pobres do que entre os ricos (Patel e col., 1999). Nos EUA, observou-se em crianças das famílias mais pobres um risco maior destas

perturbações, à razão de 2:1 para perturbações de comportamento e 3:1 para estados co-mórbidos (Costello e col., 1996). Uma resenha de 15 estudos indicou uma razão média para a prevalência total de perturbações mentais entre as categorias socioeconômicas mais baixas e mais altas de 2,1:1 para um ano e 1,4:1 para a prevalência vitalícia (Kohn e col., 1998). Foram anunciados resultados semelhantes em estudos recentes realizados na América do Norte, América Latina e Europa (OMS Consortium International of Psychiatric Epidemiology, 2000). A figura 2.6 mostra que a depressão ocorre mais frequentemente entre os pobres do que entre os ricos.

Figura 2.6
Prevalência de depressão entre grupos de rendimento baixo e elevado, países selecionados.



Nota: A linha horizontal cheia em 1,0 indica o ponto onde o coeficiente de prevalência de depressão em grupos de baixos rendimentos é igual ao dos grupos de elevados rendimentos. Situam-se acima dessa linha as pessoas com baixos rendimentos e maior prevalência de depressão.

¹ Awea, M. e col. (1998). «Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (Supl. 397): 58-64.

² Lindeman, S. e col. (2000). «The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 176-184.

³ Wittchen, H. U. e col. (1998). «Prevalence of mental disorders and psychosocial impairment in adolescents and young adults». *Psychological Medicine*, 28: 109-126.

⁴ Bijl, R. V. e col. (1998). «Prevalence of psychiatric disorders in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 587-595.

⁵ Kessler, R. C. e col. (1994). «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey». *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-18.

⁶ Abas, M. A.; Broadhead, J. C. (1997). «Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe». *Psychological Medicine*, 27: 59-71.

Há indícios também de que a evolução das perturbações é determinada pelo estatuto socioeconómico do indivíduo (Kessler e col., 1994; Saraceno e Barbui, 1997). Isso pode ter sido o resultado do uso de variáveis pertinentes a diferentes serviços, inclusive obstáculos ao acesso aos cuidados. Os países pobres têm menos recursos para a saúde mental e esses recursos muitas vezes não estão disponíveis para os sectores mais pobres da sociedade. Mesmo em países ricos, a pobreza e os factores a ela associados, como falta de cobertura de seguros, níveis de instrução mais baixos, desemprego e estatuto racial, étnico e linguístico minoritário criam barreiras intransponíveis aos cuidados. A diferença de nível de tratamento para a maioria das perturbações mentais é considerável, assumindo, porém, proporções maciças para a população pobre. Além disso, os pobres muitas vezes suscitam preocupações de saúde mental quando procuram tratamento para problemas físicos, como se indica na caixa 2.4.

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

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

O HIV/SIDA tem um impacte marcante. Na Zâmbia, um grupo de jovens encontrou um vínculo causal entre pobreza e prostituição, a SIDA e, finalmente, a morte. Discussões de grupo na Argenti-

na, Gana, Jamaica, Tailândia, Vietname e em vários outros países também mencionam o HIV/SIDA e doenças correlatas como problemas que afectam o seu modo de vida e sobrecarregam a extensa família.

Muitas pessoas consideram o uso de drogas e o alcoolismo como causas de violência, insegurança e roubo, e vêem o gasto de dinheiro com álcool ou outras drogas, embriaguez entre os homens e violência doméstica como síndromes de pobreza. Muitos grupos de discussão de todas as regiões dão conta de problemas de maus-tratos físicos de mulheres quando os maridos chegam a casa embriagados, e vários grupos acham que beber cerveja leva à promiscuidade e à doença. O alcoolismo é especialmente prevaiente entre homens. Em África, tanto urbana como rural, os pobres mencionam-no mais frequentemente do que as drogas.

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

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

A relação entre perturbações mentais e comportamentais, inclusive as relacionadas com a utilização de álcool, e o desenvolvimento económico das comunidades e países, não foi sistematicamente explorada. Parece, contudo, que o ciclo vicioso da pobreza e das perturbações mentais ao nível da família (ver figura 1.4) pode muito bem estar a actuar aos níveis da comunidade e do país.

Sexo

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

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

Têm sido admitidas várias razões para a maior prevalência de perturbações depressivas e da ansiedade. Não há dúvida que os factores genéticos e biológicos desempenham algum papel, como o indica particularmente a relação temporal estreita entre uma prevalência mais elevada e a faixa de idades produtivas com as alterações hormonais associadas. Estão bem documentadas as mudanças abruptas de humor relacionadas com alterações hormonais, como parte do ciclo menstrual e o pós-parto. De facto, a ocorrência de depressão no puerpério pode marcar o início de uma perturbação depressiva recorrente. Contudo, factores psicológicos e sociais também pesam significativamente na diferença entre os sexos nas perturbações depressivas e da ansiedade. É possível que haja mais factores de *stress*, tanto reais como percebidos, entre as mulheres. O papel tradicional por elas desempenhado na sociedade expõe as

mulheres a um *stress* maior e, desta forma, torna-as também menos capazes de mudar o seu ambiente gerador de *stress*.

Outra razão das diferenças sexuais nas perturbações mentais comuns é a elevada taxa de violência doméstica e sexual a que as mulheres estão sujeitas. Ocorre violência doméstica em todas as regiões do mundo, e as mulheres suportam a maior parte da sua carga (OMS, 2000b). Uma resenha de estudos (OMS, 1997a) verificou que a prevalência de violência doméstica durante a vida situa-se entre 16% e 50%. É comum também a violência sexual. Já se estimou que uma em cada cinco mulheres sofre estupro ou tentativa de estupro durante a sua vida. Essas ocorrências traumáticas têm consequências psicológicas, sendo as mais comuns as perturbações depressivas e as devidas à ansiedade. Um estudo recente feito na Nicarágua mostrou que as mulheres com angústia emocional tinham seis vezes mais probabilidades de dar parte de maus-tratos conjugais, em comparação com as mulheres sem essa angústia (Ellsberg e col., 1999). Além disso, as mulheres que sofreram sevícias graves, durante o último ano, mostraram 10 vezes mais probabilidades de passar por angústia emocional do que as mulheres que nunca tinham sofrido maus tratos.

O Estudo Multipaíses da OMS sobre a Saúde das Mulheres e a Violência Doméstica e os Estudos Mundiais sobre Abuso em Ambientes Familiares (WorldSAFE), da Rede Internacional de Epidemiologistas Clínicos (INCLIN, 2001) estão a analisar a prevalência e as consequências da violência exercida por parceiros íntimos na saúde das mulheres, com base em amostras de população colhidas em contextos diferentes. Em ambos os estudos, pergunta-se às mulheres se elas pensaram ou tentaram o suicídio. Os resultados preliminares indicam uma relação altamente significativa entre essa violência e a ideia de suicídio (ver tabela 2.3). Além disso, observaram os mesmos padrões significativos só para a violência sexual, assim como em combinação com a violência física.

Tabela 2.3 Relação entre violência doméstica e intenções suicidas.

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

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

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

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

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

A co-morbilidade é mais comum nas mulheres do que nos homens. Na maioria dos casos, toma a forma de ocorrência simultânea com perturbações depressivas, perturbações devidas à ansiedade e perturbações somatoformes, correspondendo às últimas a presença de sintomas físicos que não podem ser atribuídos às doenças físicas. Há indícios de que as mulheres comunicam um número maior de sintomas físicos e psicológicos do que os homens.

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

Observa-se em todo o mundo uma prevalência maior de perturbações por utilização de substâncias e perturbações de personalidade anti-social no sexo masculino. Em muitas regiões, porém, estas perturbações estão a aumentar rapidamente no sexo feminino.

As mulheres suportam também com o fardo mais pesado dos cuidados com os doentes mentais dentro da família. Este aspecto está a tornar-se cada vez mais crítico, pelo facto de um número cada vez mais elevado de pessoas com perturbações mentais crónicas estar a receber cuidados na comunidade.

Em resumo, as perturbações mentais têm factores sexuais visíveis, que precisam de ser melhor compreendidos e pesquisados no contexto da avaliação da carga geral das doenças.

Idade

A idade é um factor importante nas perturbações mentais. A ocorrência de perturbações mentais na infância e na adolescência já foi descrita resumidamente. Observa-se também uma elevada prevalência de perturbações na velhice. Além da doença de Alzheimer, de que já se tratou, as pessoas idosas sofrem também de diversas outras perturbações mentais e comportamentais. De um modo geral, a

prevalência de certas perturbações tende a crescer com a idade. Predomina entre estes a depressão. A depressão é comum entre os idosos: estudos mostram que 8%-20% dos que recebem cuidados na comunidade e 37% dos que os recebem a nível primário sofrem de depressão. Um estudo recente, numa amostra comunitária de pessoas com mais de 65 anos, observou depressão entre 11,2% dessa população (Newman e col., 1998). Outro estudo recente, contudo, verificou que a prevalência de ponto das perturbações depressivas é de 4,4% para as mulheres e 2,2% para os homens, embora os valores correspondentes para a prevalência durante toda a vida fossem de 20,4% e 9,6%. A depressão é mais comum entre os idosos com perturbações físicas incapacitantes (Katona e Livingston, 2000). A presença da depressão aumenta ainda mais a incapacidade nessa população. As perturbações depressivas entre os idosos deixam de ser detectadas ainda mais frequentemente do que entre os jovens adultos, por serem muitas vezes erradamente consideradas como fazendo parte do processo de envelhecimento.

Conflitos e desastres

Os conflitos, inclusive guerras e convulsões civis, e os desastres afectam um grande número de pessoas e resultam em problemas mentais. Estima-se que, em todo o mundo, cerca de 50 milhões de pessoas são refugiadas ou estão deslocadas internamente. Além disso, milhões são afectadas por catástrofes naturais tais como terremotos, inundações, tufões, furacões e grandes calamidades similares (IFRC, 2000). Estas situações cobram um pesado tributo à saúde mental das pessoas afectadas, a maioria das quais vive em países em vias desenvolvimento, onde a capacidade de fazer face a esses problemas é extremamente limitada. Entre um terço e metade de todas as pessoas afectadas sofrem de ansiedade. O diagnóstico feito com maior frequência é o da perturbação pós-*stress* traumático, muitas vezes ao lado de perturbações depressivas ou de ansiedade. Além disso, a maioria das pessoas refere sintomas psicológicos que não chegam a constituir perturbações. A perturbação pós-*stress* traumático manifesta-se depois de uma ocorrência de carácter excepcionalmente ameaçador ou catastrófico que gera tensão, e é caracterizado por lembranças intrusivas, fuga às circunstâncias associadas com o factor desencadeador de *stress*, perturbações do sono, irritabilidade e ira, falta de concentração e vigiância excessiva. A prevalência de ponto da perturbação pós-*stress* traumático na população em geral, segundo a CGD 2000, é de 0,37%. O diagnóstico específico desta perturbação tem sido posto em causa, sob a alegação de que é culturalmente específico e de ser também feito com demasiada frequência. De facto, a perturbação pós-*stress* traumático já foi acusada de ser uma categoria de diagnóstico que teria sido inventada com base em necessidades sociopolíticas (Summerfield, 2001). Embora a propriedade deste diagnóstico específico pos-

sa ser considerada incerta, aceita-se geralmente que as pessoas são atingidas por uma perturbação mental quando expostas a traumatismos graves.

Estudos sobre vítimas de catástrofes naturais indicam uma taxa elevada de perturbações mentais. Na China, um estudo verificou recentemente uma elevada taxa de sintomas psicológicos e uma baixa qualidade de vida entre os sobreviventes de terremotos. O estudo mostrou também que o apoio depois da catástrofe foi positivo na melhoria do bem-estar (Wang e col., 2000).

Doenças físicas graves

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

O HIV está a propagar-se rapidamente no mundo inteiro. No final de 2000, um total de 36,1 milhões de pessoas tinha HIV/SIDA, ao passo que 21,8 milhões já tinham falecido (UNAIDS, 2000). Dos 5,3 milhões de novas infecções em 2000, 1 em cada 10 ocorreu em crianças e quase metade em mulheres. Em 16 países da África subsariana, mais de 10% da população em idade reprodutiva estão hoje infectados pelo HIV. A epidemia de HIV/SIDA diminuiu o ritmo do crescimento económico e está a reduzir a esperança de vida, até 50%, nos países mais afectados. Em muitos países, o HIV/SIDA é hoje considerado uma ameaça à segurança nacional. Não havendo cura nem vacina, a prevenção da transmissão continua a ser a principal arma, ao passo que os cuidados e o apoio são o modo de intervenção que se segue para os que têm HIV.

As consequências desta epidemia para a saúde mental são consideráveis. Uma proporção das pessoas sofre consequências psicológicas (tanto perturbações como problemas) por causa dessa infecção. Os efeitos do intenso estigma e da discriminação contra pessoas com HIV/SIDA desempenham também um importante papel no *stress* psicológico. As perturbações vão da ansiedade ou das perturbações depressivas às perturbações da adaptação (Maj e col., 1994a). São também detectados défices cognitivos quando procurados especificamente (Maj e col., 1994b; Starace e col., 1998). Além disso, os membros da família também sofrem as consequências do estigma e, posteriormente, da morte prematura dos seus familiares infectados. Os efeitos psicológicos sobre os membros das famílias desfeitas e sobre as crianças deixadas na orfandade pela SIDA não foram estudados em pormenor, mas provavelmente serão substanciais.

Essas situações complexas em que uma afecção física traz consequências psicossociais ao nível do indivíduo, da família e da comunidade exigem uma avaliação de ordem geral a fim de determinar o seu impacte total sobre a saúde mental. Há necessidade de mais pesquisa nessa área.

Factores familiares e ambientais

As perturbações mentais estão firmemente enraizadas no ambiente social do indivíduo. Diversos factores sociais influenciam o início, a progressão e o resultado dessas perturbações.

Ao longo da vida, as pessoas passam por uma série de acontecimentos significativos, tanto menores como maiores. Eles podem ser desejáveis (como uma promoção no trabalho) ou indesejáveis (por exemplo, luto ou frustração nos negócios). Já se observou que há uma acumulação de acontecimentos vitais imediatamente antes do início das perturbações mentais (Brown e col., 1972; Leff e col., 1987). Embora predominem as ocorrências indesejáveis antes do início ou da recaída nas perturbações depressivas, uma ocorrência maior de todos os acontecimentos (indesejáveis e desejáveis) precede outras perturbações mentais. Estudos indicam que todos os acontecimentos significativos na vida actuam como factores de *stress* e, quando ocorrem numa sucessão rápida, predispõem o indivíduo a perturbações mentais. Este efeito não se limita a perturbações mentais e já foi demonstrada a sua associação com diversas doenças físicas, como o enfarte do miocárdio, por exemplo.

Evidentemente, os acontecimentos vitais são apenas um dos vários factores em interacção (como, por exemplo, a predisposição genética, a personalidade e as aptidões para enfrentar a vida) na causa das perturbações.

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

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

Um grande número de estudos de todas as regiões do mundo demonstrou que a emocionalidade expressa pode pressagiar a progressão da esquizofrenia, inclusive as recorrências (Butzlaff e Hooley, 1998). Há também indícios de que a mudança do clima emocional dentro das famílias pode ter um efeito adicional na prevenção de recaídas com utilização de medicamentos antipsicóticos. Esses resultados são úteis para a melhoria dos cuidados de determinados doentes dentro do seu ambiente familiar e recordam também a importância dos factores sociais no decurso e no tratamento de perturbações mentais graves, como a esquizofrenia.

A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

No último meio século, o modelo de cuidados em saúde mental substituiu a institucionalização de indivíduos portadores de perturbações mentais por uma abordagem baseada nos cuidados comunitários, apoiados na disponibilidade de camas para casos agudos nos hospitais gerais. Esta mudança baseia-se tanto no respeito pelos direitos humanos das pessoas com perturbações mentais, como no uso de intervenções e técnicas actualizadas. É fundamental um diagnóstico objectivo correcto, bem como a escolha do tratamento adequado. O tratamento apropriado para as perturbações mentais e comportamentais implica o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de uma forma clinicamente significativa e integrada. O controlo de condições específicas consiste em intervenções nas áreas da prevenção, tratamento e reabilitação.

