

# 1 | A SAÚDE MENTAL PELO PRISMA DA SAÚDE PÚBLICA

## **Introdução**

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

Lamentavelmente, na maior parte do mundo, está-se ainda longe de atribuir à saúde mental e às perturbações mentais a mesma importância dada à saúde física. Em vez disso, são, em geral, ignorados ou negligenciados. Em grande parte por isso, o mundo está a sofrer de uma crescente carga de problemas de saúde mental e de um crescente «desnível de tratamento». Hoje, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, mas apenas uma pequena minoria tem tratamento, ainda que elementar. Nos países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas, com perturbações mentais graves, a tarefa de resolverem, como puderem, os seus problemas de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. Em termos globais, transformam-se em vítimas por causa da sua doença e convertem-se em alvos de estigma e discriminação.

Provavelmente haverá aumento do número de doentes, devido ao envelhecimento da população, ao agravamento dos problemas sociais e à desestabilização civil. As perturbações mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. Esse crescente ónus representa um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos económicos.

Embora, segundo estimativas, os problemas de saúde mental respondam a 12% da peso mundial de doenças, os orçamentos destinados à saúde mental representam, na maioria dos países, menos de 1% dos seus gastos totais com a saúde. A relação entre a dimensão do problema e as verbas que lhe são afectadas é visivelmente desproporcional. Mais de 40% dos países têm falta de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera. Mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes. Além disso, os planos de saúde, frequentemente, não abordam as perturbações mentais e comportamentais ao mesmo nível das demais doenças, criando significativos problemas económicos para os doentes e as suas famílias. E, assim, o sofrimento continua e os problemas aumentam.

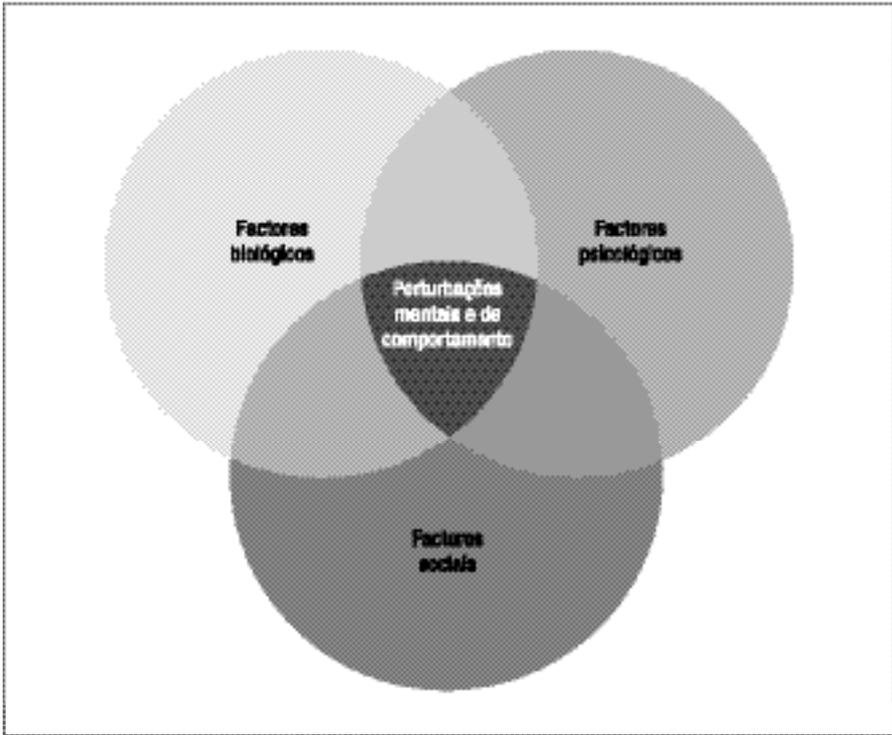
Esta situação não pode continuar. A importância da saúde mental é reconhecida pela OMS, desde a sua origem, o que se reflecte na sua própria definição de saúde, como «não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade», mas como «um estado de completo bem-estar físico, mental e social». Nos últimos anos, esta definição ganhou um maior destaque, em resultado de muitos e enormes progressos nas ciências biológicas e comportamentais. Estes, por sua vez, aperfeiçoaram a nossa maneira de compreender o funcionamento mental e a profunda relação entre saúde mental, física e social. Desta nova concepção emerge uma nova esperança.

Sabemos, hoje, que a maioria das doenças mentais e físicas é influenciada por uma combinação de factores biológicos, psicológicos e sociais (ver figura 1.1). Sabemos que as perturbações mentais têm a sua base no cérebro. Sabemos que elas afectam pessoas de todas as idades, em todos os países, e que causam tanto sofrimento às famílias e comunidades, quanto aos indivíduos. E sabemos que, na maioria dos casos, podem ser diagnosticadas e tratadas de uma forma eficaz em relação ao custo. Em resultado deste conhecimento, os portadores de perturbações mentais e comportamentais têm hoje uma nova esperança de levar vidas plenas e produtivas nas respectivas comunidades.

Este relatório apresenta informações referentes ao estado actual dos conhecimentos sobre as perturbações mentais e comportamentais, sobre a sua magnitude e os seus custos, sobre as estratégias de tratamento eficazes e as estratégias para reforçar a saúde mental, através de políticas e desenvolvimento de serviços.

O relatório mostra claramente que os Governos têm tanta responsabilidade pela saúde mental como pela saúde física dos seus cidadãos. Uma das principais mensagens aos Governos é a de que os asilos para doentes mentais, onde ainda existem, devem ser fechados e substituídos pela prestação, bem organizada, de cuidados na comunidade e a dotação de camas psiquiátricas em hospitais gerais. É preciso acabar com a ideia de enclausurar pessoas com perturbações mentais e comportamentais em instituições psiquiátricas. A grande maioria dos portadores de perturbações mentais não é violenta. Só uma pequena proporção destas afecções está associada ao aumento do risco de vio-

**Figura 1.1** Interação de factores biológicos, psicossociais e sociais no desenvolvimento das perturbações mentais.



lência, podendo esta probabilidade ser diminuída por serviços abrangentes de saúde mental.

Como gestores finais de qualquer sistema de saúde, os Governos precisam de assumir a responsabilidade de assegurar a elaboração e implementação de políticas de saúde mental. Este relatório recomenda estratégias em que os países devem empenhar-se, inclusive a integração do tratamento e dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde, e especialmente nos cuidados primários. Esta abordagem está a ser aplicada, com êxito, em vários países. Porém, em muitas partes do mundo, há ainda muito mais a fazer.

## **Para compreender a saúde mental**

Estudiosos de diferentes culturas definem diversamente a saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjec-

tivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Numa perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De um modo geral, porém, concorda-se quanto ao facto de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais.

É importante compreender a saúde mental e, de um modo mais geral, o funcionamento mental, porque aí reside a base sobre a qual se formará uma compreensão mais completa do desenvolvimento das perturbações mentais e comportamentais.

Nos últimos anos, novas informações dos campos da neurociência e da medicina do comportamento trouxeram expressivos avanços à nossa maneira de ver o funcionamento mental. Está a tornar-se cada vez mais claro que o funcionamento mental tem um substrato fisiológico e está indissociavelmente ligado ao funcionamento físico e social e aos ganhos em saúde.

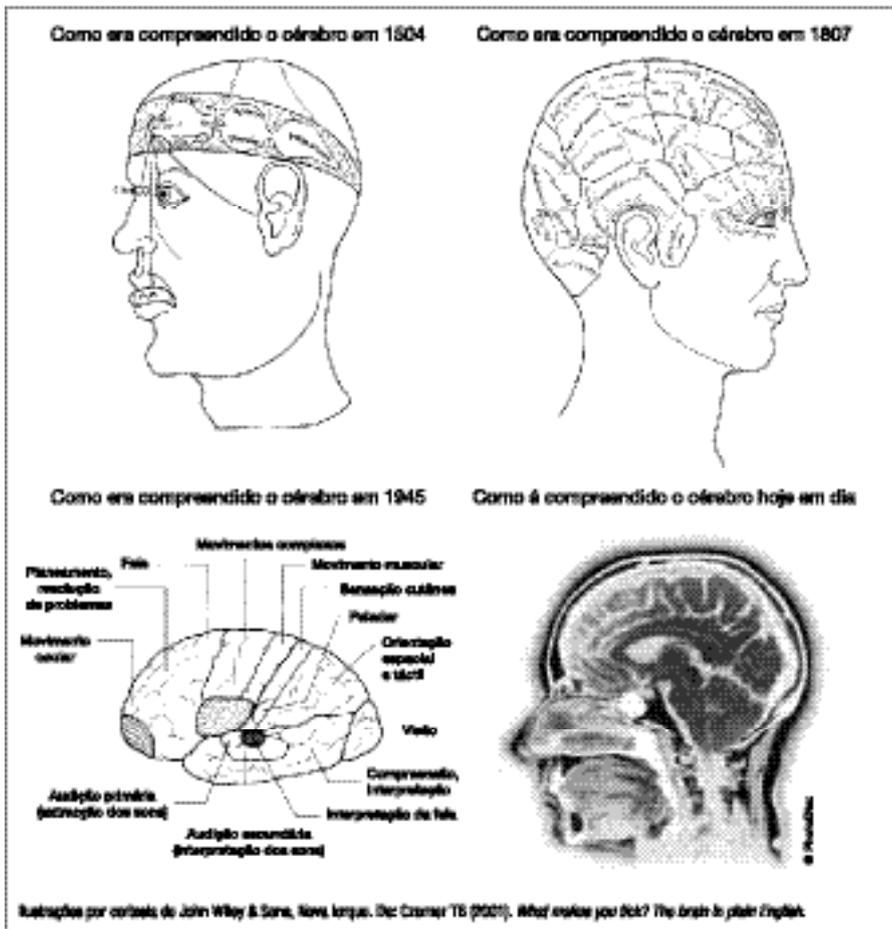
## **Avanços nas neurociências**

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

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

O cérebro tem a responsabilidade de combinar informações genéticas, moleculares e bioquímicas com informações procedentes do exterior. Como tal, é um órgão extremamente complexo. Dentro dele há dois tipos de células: neurónios e neuróglia. Os neurónios são responsáveis pelo envio e recepção de impulsos ou sinais nervosos. Colectivamente, existe mais de um bilião de neurónios no cérebro, compreendendo milhares de tipos diferentes. Cada um deles comunica com os outros por meio de estruturas especializadas denomi-

Figure 1.2 Compreender o cérebro.



nadas sinapses. Mais de cem diferentes produtos químicos cerebrais, denominados neurotransmissores, comunicam entre si através das sinapses. No total, provavelmente existem mais de 100 triliões de sinapses no cérebro. Circuitos formados por centenas ou milhares de neurónios dão lugar a complexos processos mentais e comportamentais.

No estado fetal, os genes determinam a formação do cérebro. O resultado é uma estrutura específica e altamente organizada. Esse desenvolvimento inicial pode ser também influenciado por factores ambientais como a nutrição da gestante e o uso de substâncias (álcool, tabaco e outras substâncias psicoactivas) ou a exposição a radiações. Após o parto e durante toda a vida, experiências de todos os tipos têm o poder não só de produzir comunicação imediata entre

neurónios mas também de desencadear processos moleculares que remodelam as conexões sinápticas (Hyman, 2000). Este processo, descrito como **plasticidade sináptica**, modifica, literalmente, a estrutura física do cérebro. Podem ser criadas sinapses novas, removidas sinapses velhas, fortalecidas ou enfraquecidas sinapses existentes. O resultado é a modificação do processamento de informações dentro do circuito, para acomodar a nova experiência.

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

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

### **Caixa 1.1. O cérebro: uma nova compreensão ganha Prémio Nobel.**

O Prémio Nobel de Fisiologia e Medicina de 2000 foi atribuído aos professores Arvid Carlsson, Paul Greengard e Eric Kandel, pelas suas descobertas acerca de como as células cerebrais comunicam entre si<sup>1</sup>.

Estas pesquisas sobre a transdução de sinais no sistema nervoso, que ocorre nas sinapses (pontos de contacto entre células cerebrais), são cruciais no avanço da compreensão do funcionamento normal do cérebro e de como as perturbações dessa transdução de sinais podem resultar em perturbações mentais e comportamentais. Essas descobertas já levaram ao aperfeiçoamento de novos medicamentos eficazes.

A pesquisa de Arvid Carlsson revelou que a dopamina é um transmissor cerebral que ajuda a controlar os movimentos e que a doença de Parkinson está relacionada com a carência de dopamina. Em virtude dessa descoberta, existe hoje um tratamento eficaz (L-DOPA) para o parkinsonismo. O trabalho de Carlsson demons-

trou também como actuam outros medicamentos, especialmente as drogas usadas no tratamento da esquizofrenia, e levou ao aperfeiçoamento de uma nova geração de antidepressivos eficazes.

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

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

<sup>1</sup> Butcher, J. (2000). «A Nobel pursuit». *The Lancet*, 356; 1331.

mitirão, juntamente com estudos neuropsicológicos e electrofisiológicos, visualizar em tempo real o trabalho do sistema nervoso. Tais imagens combinar-se-ão com a crescente capacidade de registar o que ocorre em grande número de neurónios ao mesmo tempo; deste modo, será possível decifrar a sua linguagem. Outros avanços basear-se-ão no progresso da genética. Já está disponível no domínio público (em <http://www.ornl.gov/hgmis/>) um anteprojecto de levantamento da sequência funcional do genoma humano. Uma das utilizações significativas da informação sobre o genoma será o fornecimento de uma nova base para o desenvolvimento de tratamentos eficazes das perturbações mentais e comportamentais.

Outro instrumento importante, que fortalecerá a compreensão dos elementos moleculares do desenvolvimento, da anatomia, da fisiologia e do comportamento, é a geração de ratos geneticamente modificados. Quase todos os genes humanos têm um gene análogo no rato. Essa conservação da função dos genes nos seres humanos e nos ratos parece indicar que os modelos baseados naqueles roedores trarão vislumbres fundamentais para a fisiologia e patologia humanas (O'Brien e col., 1999). Muitos laboratórios, mundo fora, estão envolvidos na inserção ou remoção sistemática de genes identificados; outros estão empenhados em projectos de gerar mutações aleatórias no genoma do rato. Estas abordagens ajudarão a associar os genes com a sua acção nas células, nos órgãos e nos organismos.

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

## **Avanços na medicina do comportamento**

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

A medicina do comportamento é uma ampla área interdisciplinar, que visa a integração dos conhecimentos das ciências comportamentais, psicossociais e biomédicas, pertinentes à compreensão da saúde e das doenças. Nos últimos

20 anos, a evidência científica acumulada, no campo da medicina comportamental, demonstra a existência de uma conexão fundamental entre saúde mental e saúde física (ver Caixa 1.2). Pesquisas já demonstraram, por exemplo, que mulheres com cancro da mama avançado, que participam em terapia de grupo de apoio, vivem significativamente mais do que as que não participam em terapia de grupo (Spiegel e col., 1989); que a depressão antecipa a incidência de doença cardíaca (Ferketich e col., 2000); e que a aceitação realista da própria morte está associada com uma diminuição do tempo de sobrevida na SIDA, mesmo depois de levada em conta toda uma série de indicações preditivas de mortalidade (Reed e col., 1994).

De que forma o funcionamento mental e o físico se influenciam reciprocamente? As pesquisas indicam duas vias principais, através das quais a influência mútua se exerce, no decorrer do tempo. A primeira é a via directa, através dos sistemas fisiológicos, como o funcionamento neuroendócrino e imunitá-

### Caixa 1.2. Dor e bem-estar.

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

Uma recente investigação da OMS sobre 5447 pessoas em 15 centros de estudo situados na Ásia, África, Europa e nas Américas, examinou a relação entre dor e bem-estar<sup>1</sup>. Os resultados mostraram que as pessoas com dor persistente tinham mais de quatro vezes maior probabilidade de sofrer de ansiedade ou de perturbações depressivas do que as que não tinham dor. Essa relação foi observada em todos os centros de estudo, independentemente da localização geográfica. Outros estudos indicaram que ocorre interacção entre a intensidade da dor, a incapacidade e a ansiedade/depressão, levando à manifes-

tação e persistência de um estado de dor crónica.

Um recente estudo, sobre cuidados de saúde primários, de 255 pessoas com dor nas costas mostrou que uma intervenção de grupo, dirigido por leigos, diminui as preocupações, reduzindo a incapacidade<sup>2</sup>. A intervenção baseou-se num modelo de autocuidado de doenças crónicas e consistiu em quatro sessões de duas horas, uma vez por semana, com 10-15 participantes por grupo. Os monitores informais, que tinham também dor crónica ou recorrente nas costas, tiveram dois dias de formação, dada por um clínico familiarizado com o tratamento de dor nas costas e com o programa de tratamento. Não se registou qualquer problema significativo com os monitores e a sua capacidade de desenvolver as intervenções foi considerada digna de nota. Este estudo indica que pessoas, não profissionais de saúde, podem produzir, com êxito, intervenções comportamentais estruturadas, facto que se afigura promissor para as aplicações noutras áreas patológicas.

<sup>1</sup> George, O., e col. (1998). «Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care». *Journal of the American Medical Association*, 280(2): 147-151.

<sup>2</sup> Von Korff e col. (1998). «A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care». *Spine*, 23(23): 2608-2615.

rio. A segunda acompanha os estilos de vida saudáveis. Entende-se por estilos de vida saudável uma ampla série de actividades, tais como comer com sensatez, praticar exercícios regularmente e dormir adequadamente, evitar o tabaco, adoptar práticas sexuais sadias, usar cinto de segurança e seguir à risca o tratamento médico (ver Caixa 1.3). Embora sejam diferentes, as vias fisiológica e comportamental não são independentes uma da outra, dado que os estilos de vida saudável podem afectar a fisiologia (por exemplo, fumar e levar uma vida sedentária decrescem o funcionamento do sistema imunitário), ao passo que o funcionamento fisiológico pode afectar o comportamento saudável (por exemplo, o cansaço pode levar ao esquecimento de regimes médicos). O que resulta é um modelo abrangente de saúde mental e física, no qual os vários componentes se inter-relacionam e influenciam reciprocamente.

### Caixa 1.3. Adesão às recomendações do médico.

Os doentes nem sempre seguem ou aderem às recomendações dos seus prestadores de cuidados de saúde. Uma revisão da bibliografia indica que a taxa média de adesão para tratamento farmacológico de longa duração é de pouco mais de 50%, ao passo que é muito baixa a taxa de manutenção de mudanças nos estilos de vida, como, por exemplo, alteração do regime alimentar. Em geral, quanto mais demorado, complexo ou disruptivo for o regime médico, menores são as probabilidades de adesão por parte do doente. Outros factores importantes na adesão ao tratamento são a capacidade de comunicação dos prestadores de cuidados, a convicção do doente quanto à utilidade do regime recomendado e a sua capacidade de obter medicamentos ou outros tratamentos recomendados a um custo razoável.

A depressão desempenha um papel importante na não-adesão às recomendações médicas. O doente deprimido tem três vezes mais probabilidades de não seguir o regime médico do que o não deprimido<sup>1</sup>. Isso significa, por exemplo, que o diabético deprimido tem mais probabilidades de seguir um regime alimentar deficiente, de ter mais frequentemente hiperglicemia, de ter maior incapacidade e de suportar custos de cuidados de saúde mais elevados do que os diabéticos não deprimidos<sup>2,3</sup>. O tratamento da ansiedade e da depressão em doentes diabéticos redonda na melhoria dos resultados mentais e físicos<sup>4-6</sup>.

O forte relacionamento entre a depressão e a falta de observância indica que estes doentes, especialmente os que não seguem o tratamento, devem passar por triagens frequentes e, se necessário, serem tratados da depressão.

<sup>1</sup> DiMatteo, M. R., e col. (2000). «Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment». *Archives of Internal Medicine*, 160: 2101-2107.

<sup>2</sup> Ciechanowski, P. S., e col. (2000). «Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs». *Archives of Internal Medicine*, 160: 3278-3285.

<sup>3</sup> Ziegelstein, R. C., e col. (2000). «Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction». *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160: 1818-1823.

<sup>4</sup> Lustman, P. J., e col. (1995). «Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial». *Diabetes Care*, 18(8): 1133-1139.

<sup>5</sup> Lustman, P. J., e col. (1997). «Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial». *Psychosomatic Medicine*, 59(3): 241-250.

<sup>6</sup> Lustman, P. J., e col. (2000). «Fluoxetine for depression in diabetics: a randomized double-blind placebo-controlled trial». *Diabetes Care*, 23(5): 619-623.

## A via fisiológica

Num modelo de saúde integrado e baseado na evidência, a saúde mental (incluindo as emoções e os padrões de pensamento) emerge como determinante-chave da saúde geral. O estado afectivo angustiado e deprimido, por exemplo, inicia uma cascata de mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunitário e cria uma maior susceptibilidade a uma série de doenças físicas. Sabe-se, por exemplo, que existe uma relação entre o *stress* e o desenvolvimento do resfriado comum (Cohen e col., 1991) e que o *stress* atrasa a cicatrização de feridas (Kielcot-Glaser e col., 1999).

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

## A via do comportamento saudável

É particularmente importante a compreensão dos determinantes do comportamento saudável, dado o papel que ele desempenha no estado geral da saúde. As doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares e o cancro, cobram um enorme tributo em vidas e no nível de saúde em todo o mundo. Muitas delas estão estreitamente ligadas a formas pouco saudáveis de comportamento, como o uso de álcool e tabaco, regime alimentar deficiente e vida sedentária. Os estilos de vida saudável são também um dos principais determinantes na propagação de doenças transmissíveis, inclusive a SIDA, por práticas sexuais inseguras e partilha de agulhas hipodérmicas. Numerosas doenças podem ser evitadas com a adopção de estilos de vida saudável.

Esta adopção, por cada indivíduo, depende muito da sua saúde mental. Assim, por exemplo, as doenças mentais e o *stress* psicológico afectam os comportamentos saudáveis. Indícios recentes mostraram que os jovens com perturbações psiquiátricas, como depressão e toxicomania, por exemplo, têm mais probabilidades de ter práticas sexuais de alto risco, em comparação com os que não têm qualquer perturbação psiquiátrica. O que os coloca em alto risco de uma série de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a SIDA (Ranrakha e col., 2000). Mas outros factores também influenciam o comportamento saudável. As crianças e os adolescentes aprendem através da experiência directa, da informação e da observação, aprendizagem essa que condiciona os seus comportamentos. Já se demonstrou, por exemplo, que o uso de drogas antes dos 15 anos de idade está grandemente associado com o desenvolvimento do abuso de drogas e de álcool na idade adulta (Jaffe, 1995). Influências ambientais como a pobreza ou as normas sociais e culturais também afectam os estilos de vida saudável.

Por ser ainda recente essa observação científica, a associação entre saúde mental e saúde física ainda não foi inteiramente reconhecida nem levou a intervenções no sistema de saúde. Os indícios, porém, não deixam dúvida: a saúde mental está profundamente vinculada com os resultados em saúde física.

## **Compreensão das perturbações mentais e comportamentais**

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

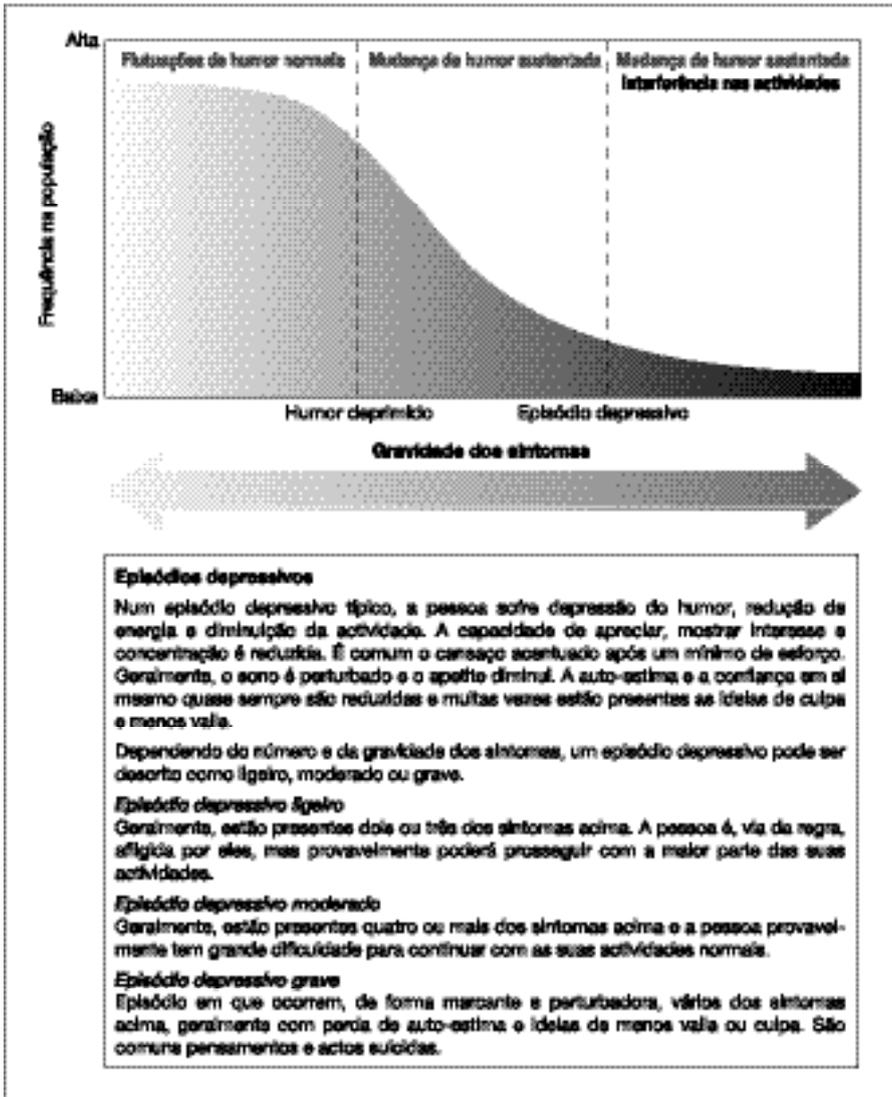
As perturbações mentais e comportamentais são uma série de perturbações definidas pela *Classificação Internacional das Doenças* (ICD-10). Embora os sintomas variem consideravelmente, tais comportamentos caracterizam-se, geralmente, por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos a esquizofrenia, a depressão, o atraso mental e as perturbações pelo uso de substâncias psicoactivas. Uma consideração mais minuciosa das perturbações mentais e comportamentais aparece nos Capítulos 2 e 3. O *continuum* que vai das flutuações normais de humor às perturbações mentais e comportamentais é ilustrado na figura 1.3 para o caso dos sintomas depressivos.

A separação artificial dos factores psicológicos e sociais tem constituído um tremendo obstáculo a uma verdadeira compreensão destes problemas. Na verdade, estas perturbações são semelhantes a muitas doenças físicas, pelo facto de resultarem de uma complexa interacção de todos aqueles factores.

Durante muitos anos, os cientistas discutiram a importância relativa dos *factores genéticos* versus *factores ambientais* no desenvolvimento das perturbações mentais e comportamentais. A evidência científica moderna indica que elas resultam de factores *genéticos e ambientais*, ou, por outras palavras, da interacção da biologia com factores sociais. O cérebro não reflecte simplesmente o desenrolar determinista de complexos programas genéticos, nem o comportamento humano é o mero resultado do determinismo ambiental. Já desde antes do nascimento e por toda a vida, os genes e o meio ambiente estão envolvidos numa série de complexas interacções. Estas interacções são cruciais para o desenvolvimento e a evolução das perturbações mentais e comportamentais.

A ciência moderna mostra, por exemplo, que a exposição a agentes de stress durante o desenvolvimento inicial está associada com a hiper-reatividade cerebral persistente e o aumento da probabilidade de depressão numa fase posterior da vida (Heim e col., 2000). É promissor o facto de se ter mostrado que a terapia comportamental para perturbações obsessivo-compulsivas provoca mudanças na função cerebral, que podem ser observadas usando técnicas

Figura 1.3 O contínuum de sintomas depressivos na população.



de registo de imagens e que são iguais às que se podem obter mediante o uso de terapia medicamentosa (Baxter e col., 1992). Não obstante, a descoberta de genes associados ao aumento do risco de perturbações continuará a fornecer instrumentos criticamente importantes, os quais, juntamente com um maior conhecimento dos circuitos neuronais, virão trazer novas e importantes achegas quanto ao desenvolvimento das perturbações mentais e comportamentais. Ainda há muito que aprender sobre as suas causas específicas, mas as contribuições da neurociência, da genética, da psicologia e da sociologia, entre outras, desempenharam um importante papel informativo na nossa maneira de compreender estas complexas relações. Uma apreciação cientificamente fundamentada das interações entre os diferentes factores contribuirá, fortemente para erradicar a ignorância e pôr cobro aos maus tratos infligidos às pessoas com estes problemas.

## **Factores biológicos**

A idade e o sexo estão associados com perturbações mentais e comportamentais, que serão examinadas no Capítulo 2.

Já foi demonstrada a associação das perturbações mentais e comportamentais com perturbações da comunicação neuronal no interior de circuitos específicos. Na esquizofrenia, anormalidades na maturação dos circuitos neuronais podem produzir alterações detectáveis na patologia a nível das células e dos tecidos grossos as quais resultam no processamento incorrecto ou mal adaptado de informações (Lewis e Lieberman, 2000). Na depressão, contudo, é possível que não ocorram anormalidades anatómicas distintas, e o risco de doença pode ser devido antes a variações na resposta dos circuitos neurais (Berke e Hyman, 2000). Estas, por sua vez, podem reflectir alterações quase imperceptíveis na estrutura, na localização ou nos níveis de expressão de proteínas críticas para a função normal. Certas perturbações mentais, como a dependência de substâncias psicoactivas, por exemplo, podem ser encaradas em parte como resultado de plasticidade sináptica desadaptativa. Por outras palavras, alterações das conexões sinápticas, resultantes quer da acção de fármacos quer da experiência, podem produzir alterações, a longo prazo, no pensamento, na emoção e no comportamento.

Paralelamente ao progresso na neurociência, registaram-se avanços na genética. Quase todas as perturbações mentais e comportamentais graves comuns estão associadas a um significativo componente de risco genético. Estudos do modo de transmissão de perturbações mentais entre diversas gerações de famílias extensas e estudos que comparam o risco de perturbações mentais em gémeos monozigóticos (verdadeiros), em oposição a gémeos dizigóticos (falsos), levaram, porém, à conclusão de que o risco das formas comuns de

perturbações mentais é geneticamente complexo. As perturbações mentais e comportamentais devem-se predominantemente à interacção de múltiplos genes de risco com factores ambientais. Além disso, é possível que a predisposição genética para o desenvolvimento de determinada perturbação mental ou comportamental se manifeste apenas em pessoas sujeitas a certos factores de *stress* que desencadeiam a patologia. Os exemplos de factores ambientais poderiam abranger desde a exposição a substâncias psicoactivas no estado fetal até a desnutrição, infecção, perturbação do ambiente familiar, abandono, isolamento e trauma.

## **Factores psicológicos**

Existem também factores psicológicos individuais que se relacionam com a manifestação de perturbações mentais e comportamentais. Uma importante descoberta, ocorrida no século XX e que deu forma aos conhecimentos actuais, é a importância decisiva do relacionamento com os pais e outros prestadores de cuidados durante a infância. O cuidado afectuoso, atento e estável permite ao lactente e à criança pequena desenvolver normalmente funções como a linguagem, o intelecto e a regulação emocional. O insucesso pode ser causado por problemas de saúde mental, doença ou morte de um prestador de cuidados. A criança pode ficar separada do cuidador devido à pobreza, à guerra ou ao deslocamento populacional. A criança pode carecer de cuidados por não haver serviços sociais disponíveis na comunidade maior. Seja qual for a causa específica, a criança privada de afecto por parte de seus cuidadores tem mais probabilidades de manifestar perturbações mentais e comportamentais, seja durante a infância ou numa fase posterior da vida. A comprovação dessa descoberta foi dada por lactentes que viviam em instituições que não lhes proporcionavam estímulos sociais suficientes. Embora recebessem nutrição adequada e cuidados corporais, essas crianças tinham grandes probabilidades de apresentar graves alterações nas interacções com outras, na expressão emocional e na maneira de fazer face a acontecimentos stressantes. Em certos casos, verificaram-se também défices intelectuais.

Outra descoberta-chave é que o comportamento humano é configurado, em parte, através de interacções com o meio ambiente natural ou social. Essas interacções podem resultar em consequências quer desejáveis quer indesejáveis para os indivíduos. Basicamente, estes têm mais probabilidades de ter comportamentos que são «recompensados» pelo ambiente e menos probabilidades de praticar comportamentos que são ignorados ou castigados. Assim, as perturbações mentais e comportamentais podem ser consideradas como comportamento mal-adaptativo que foi aprendido – seja directamente seja pela observação de outros no decorrer do tempo. Provas disso vêm de décadas de

investigação sobre aprendizagem e comportamento, confirmadas ainda pelo êxito da terapia do comportamento, que usa esses princípios para ajudar as pessoas a alterar padrões mal-adaptativos de pensamento e comportamento.

Finalmente, a ciência psicológica mostrou que certos tipos de perturbações mentais e comportamentais, como a ansiedade e a depressão, podem ocorrer em consequência da incapacidade de fazer face adaptativamente a um acontecimento vital gerador de *stress*. De um modo geral, as pessoas que procuram não pensar nos factores de *stress* ou que não os enfrentam têm mais probabilidades de manifestar ansiedade ou depressão, enquanto as que discutem os seus problemas com outras e procuram encontrar meios de controlar esses factores funcionam melhor com o decorrer do tempo. Essa descoberta levou ao desenvolvimento de intervenções que consistem em ensinar aptidões para enfrentar a vida.

Colectivamente, essas descobertas contribuíram para a nossa compreensão das perturbações mentais e comportamentais. Além disso, constituíram a base do desenvolvimento de toda uma série de intervenções eficazes, que são examinadas mais em pormenor no Capítulo 3.

## **Factores sociais**

Embora se tenha estabelecido uma associação de factores sociais, como urbanização, pobreza e mudança, com o desenvolvimento de perturbações mentais e comportamentais, não há razão para supor que as consequências da mudança social para a saúde mental sejam as mesmas para todos os sectores de uma dada sociedade. As mudanças geralmente exercem efeitos diferenciais baseados no estatuto económico, no sexo, na raça e na etnia.

Entre 1950 e 2000, a proporção da população urbana na Ásia, África e América Central e do Sul subiu de 16% para nada menos que a metade dos habitantes daquelas regiões (Harpham e Blue, 1995). Em 1950, as cidades do México e de São Paulo tinham, respectivamente, 3,1 milhões e 2,8 milhões de habitantes, mas em 2000 as populações estimadas de ambas eram de 10 milhões de habitantes. A natureza da urbanização moderna pode ter consequências deletérias para a saúde mental, devido à influência de maiores factores de *stress* e de acontecimentos vitais adversos mais numerosos, como o congestionamento e a poluição do meio ambiente, a pobreza e a dependência numa economia baseada no dinheiro, com altos níveis de violência ou o reduzido apoio social (Desjarlais e col., 1995). Aproximadamente metade das populações urbanas em países de rendimento médio e baixo vive na pobreza e há dezenas de milhões de adultos e crianças sem tecto. Em certas zonas, o desenvolvimento económico força um número crescente de indígenas a migrar para zonas urbanas em busca de uma forma viável de ganhar a vida. Via da regra, a migração não produz melhoria do

bem-estar social; pelo contrário, resulta frequentemente em elevados índices de desemprego e condições de vida miseráveis, expondo milhares de migrantes ao *stress* social e a um risco maior de perturbações mentais devido à ausência de redes sociais de apoio. Os conflitos, as guerras e a instabilidade social estão associados com o aumento das taxas de problemas de saúde mental, e esses aspectos são examinados no Capítulo 2.

A vida real também está cheia de problemas para muitas pessoas. São problemas comuns o isolamento, a falta de transportes e comunicações, e as limitadas oportunidades educacionais e económicas. Além disso, os serviços mentais e sociais tendem a concentrar os recursos e a perícia clínica nas grandes áreas metropolitanas, deixando limitadas opções para os habitantes das zonas rurais que necessitam de cuidados de saúde mental. Um estudo recente sobre o suicídio de pessoas idosas em certas zonas rurais da província de Hunan, na China, mostrou um índice de suicídios mais elevado nas áreas rurais (88,3 por 100 000) do que nas urbanas (24,4 por 100 000) (Xu e col., 2000). Noutros países, foram registadas taxas de depressão entre as mulheres das zonas rurais mais de duas vezes superiores às das estimativas para o total da população feminina (Hauenstein e Boyd, 1994).

Existe uma relação complexa e multidimensional entre pobreza e saúde mental (figura 1.4). Na sua definição mais estrita, pobreza é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Em termos mais amplos, e talvez mais apropriados para discussões relacionadas com perturbações mentais e comportamentais, pode-se entender como pobreza a situação em que se dispõe de meios insuficientes, nomeadamente os recursos sociais ou educacionais. A pobreza e as condições que lhe estão associadas, como o desemprego, o baixo nível de instrução, a falta de habitação e outras carências, não só estão muito difundidas nos países pobres, como também afectam uma minoria considerável nos países ricos. Os pobres e os desfavorecidos acusam uma prevalência maior de perturbações mentais e comportamentais, inclusive as causadas pelo uso de substâncias. Esta maior prevalência pode ser explicada tanto por uma maior susceptibilidade dos pobres como pelo eventual empobrecimento dos doentes mentais. Embora haja controvérsia no que toca à determinação de qual desses dois mecanismos é responsável pela maior prevalência entre os pobres, os indícios disponíveis parecem indicar que ambos são relevantes (Patel, 2001). Por exemplo, o mecanismo causal pode ser válido para perturbações de ansiedade e depressão, enquanto a teoria do empobrecimento seria aplicável para uma maior prevalência das perturbações psicóticas e da toxicomania entre os pobres. Os dois, porém, não se excluem mutuamente: um indivíduo pode ser predisposto a perturbações mentais devido à sua situação social, enquanto outro, que apresenta perturbações, pode estar a passar por graves carências, pelo facto de estar doente. Tais carências abrangem níveis mais baixos de aproveitamento escolar, desemprego e, em casos extremos, falta de abrigo. As per-

turbações mentais podem causar incapacidade grave continuada, inclusive a incapacidade de trabalhar. Não havendo apoio social disponível, como acontece frequentemente nos países em desenvolvimento, sem instituições de bem-estar social organizadas, o empobrecimento verifica-se com grande rapidez.

**Figura 1.4** O círculo vicioso da pobreza e das perturbações mentais.



Há também indícios de que a *progressão* das perturbações mentais e comportamentais é determinada pelo estatuto socioeconómico do indivíduo. Isto pode ser devido à carência geral de serviços de saúde mental, combinada com as dificuldades, no acesso aos cuidados, enfrentadas por certos grupos socioeconómicos. Os países pobres dispõem de muito poucos recursos para os cuidados de saúde mental, e tais recursos muitas vezes não estão disponíveis para os sectores mais pobres da sociedade. Mesmo nos países ricos, a pobreza, juntamente com factores associados, tais como a falta de cobertura de seguros, níveis de instrução mais baixos, desemprego e situação minoritária em termos de raça, etnia e idioma, pode criar barreiras insuperáveis aos cuidados. O des-nível de tratamento para a maioria das perturbações mentais, que já é grande, torna-se efectivamente enorme para a população pobre.

A todos os níveis socioeconómicos, a mulher, pelos múltiplos papéis que desempenha na sociedade, corre maior risco de perturbações mentais e com-

portamentais do que outras pessoas na comunidade. As mulheres continuam a arcar com o fardo das responsabilidades de serem, simultaneamente, esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados e a terem, uma participação cada vez mais essencial no trabalho, sendo a principal fonte de rendimento em cerca de um quarto a um terço das famílias. Além das pressões impostas às mulheres em virtude do alargamento dos seus papéis, não raras vezes em conflito, elas enfrentam uma significativa discriminação sexual e as concomitantes pobreza, fome, desnutrição, excesso de trabalho e violência doméstica e sexual. Assim, não é de surpreender que as mulheres tenham acusado maior probabilidade do que os homens de receber prescrição de psicotrópicos (ver figura 1.5). A violência contra a mulher constitui um problema social e de saúde pública significativo que afecta mulheres de todas as idades e de todos os estratos socioeconómicos e culturais.

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

Psiquiatras que estudavam a relação entre racismo e saúde mental em sociedades onde o racismo é prevalente observaram, por exemplo, que o racismo pode acentuar a depressão. Numa recente resenha de dez estudos sobre diferentes grupos sociais na América do Norte, num total de 15 000 depoimentos, verificou-se uma associação positiva firmemente estabelecida entre experiências de racismo e angústia psicológica (Williams e Williams-Morris, 2000).

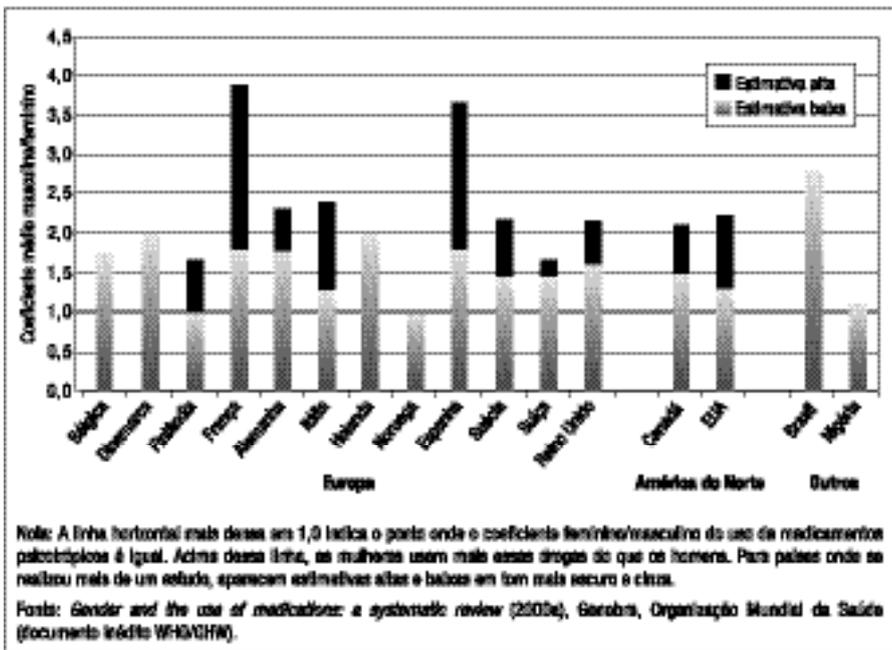
A influência do racismo pode também ser considerada ao nível da saúde mental colectiva de grupos e sociedades. O racismo tem fomentado muitos sistemas sociais opressores, através dos tempos no mundo. Na história recente, o racismo permitiu aos sul-africanos brancos definir os sul-africanos negros como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

As proporções e a rapidez extraordinárias da mudança tecnológica no final do século xx é outro factor associado à manifestação de perturbações mentais e comportamentais. Essas mudanças tecnológicas, e especialmente a revolução nas comunicações, oferecem excelentes oportunidades para um aumento da disseminação de informações e da emancipação dos seus utilizadores. A telemedicina possibilita, hoje, o tratamento à distância.

Esses avanços têm, contudo, o seu lado negativo. Há indícios de que apresentações nos meios de comunicação social exercem influência sobre os níveis

de violência, o comportamento sexual e o interesse pela pornografia, e que a exposição à violência dos jogos de vídeo faz aumentar o comportamento agressivo e outras tendências agressivas (Dill e Dill, 1998). Hoje em dia, os gastos em publicidade, em todo o mundo, ultrapassam num terço o crescimento da economia mundial. A comercialização agressiva desempenha um papel substancial na globalização do uso de álcool e tabaco entre os jovens, aumentando assim o risco de perturbações relacionadas com o uso de substâncias e as condições físicas associadas (Klein, 1999).

**Figura 1.5**  
Coeficiente médio feminino/masculino de uso de psicotrópicos em países seleccionados.



## Uma abordagem integrada de saúde pública

Os vínculos essenciais entre factores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento e progressão das perturbações mentais e comportamentais constituem a base de uma mensagem de esperança para os milhões que sofrem desses problemas incapacitantes. Embora ainda haja muito que aprender, a evidência científica é clara: temos à nossa disposição o conhecimento e a capa-

cidade necessários para reduzir significativamente a carga das perturbações mentais e comportamentais em todo o mundo.

Essa mensagem é um apelo à acção visando reduzir a carga estimada de 450 milhões de pessoas com perturbações mentais e comportamentais. Considerando a simples magnitude do problema, a sua etiologia de muitas faces, o estigma e a discriminação generalizada e a significativa diferença de nível de tratamento que existe em todo o mundo, uma abordagem de saúde pública será o método de resposta mais apropriado.

Pode-se definir estigma como um sinal de vergonha, infelicidade ou reprovação, que resulta num indivíduo rejeitado, tornado objecto de discriminação e excluído da participação em várias áreas diferentes da sociedade.

O Relatório do Director-Geral de Saúde dos Estados Unidos sobre Saúde Mental (DHHS, 1999) descreveu o impacte do estigma nestes termos: «O estigma destrói a convicção de que as perturbações mentais são condições patológicas válidas e tratáveis. Ele leva as pessoas a evitar a socialização com portadores de perturbações mentais, ao não querer trabalhar ao seu lado nem lhes alugar moradias para eles ou morar perto deles». Além disso, «o estigma impede o público de querer pagar pelos cuidados e reduz, consequentemente, o acesso dos utentes aos recursos e às oportunidades de tratamento e serviços sociais. A consequente incapacidade de obter tratamento fortalece padrões destrutivos de baixa auto-estima, isolamento e desespero. O estigma, tragicamente, priva as pessoas da sua dignidade e interfere na sua plena participação na sociedade».

Numa perspectiva de saúde pública, muita coisa pode ser feita para reduzir a carga das perturbações mentais:

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

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

O Capítulo 2 fornece as mais recentes informações epidemiológicas sobre a magnitude, o peso e as consequências económicas das perturbações mentais e comportamentais em todo o mundo.

O Capítulo 3 apresenta informações sobre tratamentos eficazes para pessoas com perturbações mentais e comportamentais, enunciando princípios gerais e estratégias específicas para o tratamento dessas perturbações.

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

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



# O PESO DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

As perturbações mentais e comportamentais são comuns e afectam mais de 25% da população em dada altura da sua vida. São também universais, atingindo pessoas de todos os países e sociedades, de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, populações de zonas urbanas e rurais. Exercem um impacte económico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias. Estão presentes, em qualquer momento, em cerca de 10% da população adulta. Aproximadamente 20% de todos os doentes atendidos por profissionais de cuidados primários de saúde têm uma ou mais perturbações mentais e comportamentais. Uma ou mais famílias provavelmente terão pelo menos um membro com uma perturbação mental ou comportamental. Essas famílias proporcionam não só apoio físico e emocional, mas suportam também o impacte negativo do estigma e da discriminação. Calcula-se que, em 1990, as perturbações mentais e comportamentais tenham sido responsáveis por 10% do total de AVAI perdidos, por todas as doenças e lesões. Essa proporção chegou a 12% em 2000. Até 2020, prevê-se um crescimento do peso representado por essas perturbações para 15%. As perturbações comuns, que geralmente causam incapacidade grave, abrangem perturbações depressivas, perturbações causadas pelo uso de substâncias, esquizofrenia, epilepsia, doença de Alzheimer, atraso mental e perturbações da infância e da adolescência. Os factores associados com a prevalência, a manifestação e a progressão destes problemas compreendem a pobreza, o sexo, a idade, os conflitos e catástrofes, graves doenças físicas e o ambiente familiar e social.

