

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E PERFIL
SÓCIO - ECONÔMICO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS PARAIBANOS**

EMILENE NÓBREGA MEDEIROS

JOÃO PESSOA - Pb

2005

EMILENE NÓBREGA MEDEIROS

**PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E PERFIL
SÓCIO - ECONÔMICO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS PARAIBANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível de Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração Enfermagem em Saúde Pública.

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Oliveira Ferreira Filha

Universidade Federal da Paraíba

JOÃO PESSOA - Pb

2005

Medeiros, Emilene Nóbrega

Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Sócio -
Econômico dos Usuários atendidos nos Serviços de Saúde em
municípios paraibanos/Emilene Nóbrega Medeiros – João
Pessoa, 2005.

109p.

Orientadora: Maria de Oliveira Ferreira Filha
Dissertação (Mestrado) UFPB/CCS/DESPP

1. Transtorno mental 2. Prevalência 3. Saúde mental

EMILENE NÓBREGA MEDEIROS

**PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E PERFIL
SÓCIO - ECONÔMICO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS PARAIBANOS**

Aprovada em: 22/12/2005

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha – Orientadora / UFPB

Profa. Dra. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga – Membro / UFC

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna – Membro / UFPB

Profa. Dra. Maria Clemilde Mouta de Sousa – Membro / UFPB

Dedicatória

A *Deus*, meu guia espiritual, que me impulsiona, motiva, inspira, abençoa, encoraja para a realização de todas as minhas missões, realizando milagres e dádivas na minha pequena caminhada...

À minha *Família*, agora mais do que nunca, concretizada com a chegada da minha princesa *Ana Beatriz*, que alegra todos os meus momentos, agraciando-me com seu doce e belo sorriso e *Henrique*, que, de todas as formas, busca sempre realizar os *meus* sonhos, deixando sempre os meus em primeiro lugar.

Às minhas mães *Magnólia, Lourdes e Miriam*, por proporcionarem-me todo o amor, desprendendo-se de seus afazeres e compromissos, para que eu pudesse realizar meu caminhar, sem muitos obstáculos.

Agradecimentos Especiais

À minha orientadora *Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha*, por partilhar comigo seus conhecimentos e, em muitos momentos, mostrar-me o sentido da vida.

À minha *avó Angelina*; a todas as minhas tias, *Neta, Magdala, Mirtes, Graça, Rosângela* e tios, *Júnior, Hermano, Arimatéria*; aos meus primos-sobrinhos, *Camila, Tiaço, Artur, NenNeto e Juninho*, por serem sempre carinhosos.

Ao meu *Pai Manoel* e aos meus irmãos *Flávia, Flávio e Flaviane*, por permitirem-me ver a união e o amor como a grande vitória de nossas vidas.

Aos amigos, que de alguma maneira, direta e indiretamente, estavam e, eu sei que estão, orando e impulsionando-me, representados por *Damiana, Jackeline, Ana Maria*.

Aos colegas de turma, todos sem exceção, pois, o sentido de estarmos nesse momento juntos, não é por acaso.

Aos *Professores do Mestrado*, por todos os espaços oferecidos para reflexão e aprendizados.

À Secretaria Estadual de Saúde, ao Núcleo de Saúde Mental, nas pessoas de *Dra. Ieda Pires de Sá* e *Arnaldo Mendes de Holanda*, por estarem sempre disponíveis, para o desenvolvimento do estudo.

Aos meus colegas de trabalho, que também compartilharam algumas angústias, medos, alegrias, como *Martha, Candice, Edivaldo, Diana, Karla, Valdevino, Guilherme*, principalmente, *Mário Jorge* e *Douglas*, sempre flexíveis e prestativos, e a todos os que fazem minha terceira casa, a CASSI.

Ao *Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna*, por seus ensinamentos que valeram ouro para mim, meu muito obrigada.

À *Profa. Dra. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga* e *Profa. Dra. Maria Clemilde Mouta de Sousa*, por suas contribuições e reflexões sobre minha atuação quanto pesquisadora, que foram muito importantes, principalmente nos momentos finais.

A *Aparecida*, por ser, muitas vezes, a babá da minha princesa, para que eu pudesse organizar, corrigir, digitar, enfim, produzir o estudo.

A *Dona Maria*, por sempre lembrar-se de mim, ao fazer seu chá de capim santo, responsável pelo ar perfumado nos corredores do Mestrado.

...que Deus derrame todas as suas bênçãos e dádivas, sempre iluminando o melhor passo, caminho, a ação, a todos vocês que fizeram, fazem e farão sempre parte da minha vida.

RESUMO

MEDEIROS, E. N. **Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Sócio-econômico dos Usuários Atendidos nos Serviços de Saúde em Municípios Paraibanos.** 2005. f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/Pb.

A saúde mental ainda não é vista como prioridade nas ações de saúde e o planejamento e a avaliação de ações de assistência à saúde dispensada aos doentes mentais são prejudicados pelo pequeno número de estudos epidemiológicos que são incipientes. Estudos recentes ressaltam que os transtornos mentais atingem cerca de 12% da população geral, representando uma das quatro, entre dez principais causas de incapacitação no mundo. Este estudo, do tipo ecológico, foi desenvolvido no Estado da Paraíba, em todos os municípios que possuem o Programa de Saúde Mental, com a finalidade de se traçar o perfil sócio-econômico e identificar a prevalência de transtornos mentais dos usuários atendidos no Programa de Saúde Mental. O Estado da Paraíba possui 223 municípios, dos quais 157 têm o Programa de Saúde Mental. Fizeram parte da população do estudo 61.873 casos, que constitui o número de usuários atendidos no Programa de Saúde Mental, nos 60 municípios, que enviaram os Boletins Estatísticos Mensais, durante o ano de 2004. Os resultados evidenciam que os diagnósticos do grupo F20-F29 Esquizofrenia e Transtornos esquizotípicos e delirantes apresentam um total de 15.075 (24,4%) casos, seguidos pelo grupo G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos, com 13.591 (22,0%) casos e, em terceiro lugar, o grupo F40-F49 que englobam os Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos, somatoformes com 12.030 (19,4%) casos. A amostra caracteriza-se por não apresentar diferença em relação ao sexo, mas, na faixa etária, existe a predominância de 20 a 39 anos. A conduta terapêutica predominante é a medicamentosa, com 57.510 (94,5%) casos. Esses resultados revelam uma hegemonia do

modelo de tratamento biomédico, fundamentado exclusivamente na prescrição de psicofármacos e sugere o redirecionamento no que se refere ao controle e monitoramento dessas medicações. Evidenciamos, também, a falta de um sistema de informação específico ou, pelo menos, que contemplasse a área de saúde mental. Avaliamos que os municípios pesquisados ainda carecem de uma Política de Saúde Mental com ênfase no modelo comunitário e na atenção ao portador de transtorno mental, conforme preconiza o Projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os resultados do estudo apontam para a necessidade da realização de outras pesquisas nos municípios paraibanos para buscar respostas para as indagações surgidas e a realização de estudos semelhantes para averiguar se esta situação se repete ou é diferente nos outros municípios. Constatamos que há atrasos significativos em direção ao modelo de Saúde Mental de base comunitária.

Palavras-Chave: Transtorno mental, Prevalência, Saúde mental.

ABSTRACT

MEDEIROS, E. N. Prevalence of the Mental Upset and Socioeconomic Profile of the Users Assisted in the Services of Health in Municipals Paraibanos. 2005. f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/Pb.

The mental health is not still seen as priority in the actions of health and the planning and the evaluation of actions of attendance to the health released the mental patients they are prejudiced for the small number of epidemic studies that are incipient. Recent studies point out that the mental upset reach about 12% of the general population, representing one of the four, among ten principal incapacity causes in the world. This study, of the ecological type, it was developed in the State of Paraíba, in all the municipal districts that possess the Program of Mental Health, with the purpose of to trace the socioeconomic profile and to identify the prevalence of the users' mental upset assisted in the Program of Mental Health. The Paraíba State possesses 223 municipal districts; of the 157 have the Mental Health of Program. They were part of the population of the study 61.873 cases, that constitutes the number of users assisted in the Program of Mental Health, in the 60 municipal districts, that sent the Monthly Statistical Bulletins, during the year of 2004. The results evidence that the diagnoses of the group F20-F29 Esquizofrenia and Upset esquizotípicos and delirious they present a total of 15.075 (24,4%) cases, followed for the group G40-G47 Upset episódicos and paroxísticos, with 13.591 (22,0%) cases and, in third place, the group F40-F49 that include the neurotic Upset, upset related with the stress and upset, somatoformes with 12.030 (19,4%) cases. The sample is characterized by not presenting difference in relation to the sex, but, in the age group, the predominance exists from 20 to 39 years. The predominant therapeutic conduct is the medication, with 57.510 (94,5%) cases. Those results reveal hegemony of the model of biomedical treatment, based

exclusively in the psychotherapeutic prescription and he/she suggests the redirect in what he/she refers to the control and monitorial of those medications. We evidenced, also, the lack of a system of information specific or, at least, that contemplated the area of mental health. We evaluated that the municipal districts researched they still lack of a Politics of Mental Health with emphasis in the community model and in the attention payable to the bearer of mental upset, as it extols the Project of the Brazilian Psychiatric Reform. The results of the study appear for the need of the accomplishment of other researches in the municipal districts paraibanos to look for answers for the appeared inquiries and the accomplishment of similar studies to discover this situation he/she repeats or it is different in the other municipal districts. We verified that there are significant arrears in direction to the model of Mental Health of community base.

Key Words: overturn mental, Prevalence, Mental health.

RESUMEN

MEDEIROS, E. N. Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Socioeconômico dos Usuários Atendidos nos Serviços de Saúde em Municípios Paraibanos. 2005. f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/Pb.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distribuição dos municípios do Estado da Paraíba, segundo o Programa de Saúde Mental. Paraíba, 2004	59
Figura 2	Distribuição dos municípios que possuem o Programa de Saúde Mental no Estado da Paraíba, segundo o envio do Boletim Estatístico Mensal dos 12 meses à SES/PB, Paraíba, 2004	60
Gráfico 1	Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental, em municípios paraibanos, segundo o sexo. Paraíba, 2004	68
Gráfico 2	Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental em municípios paraibanos, segundo a faixa etária. Paraíba, 2004	69
Gráfico 3	Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental em municípios paraibanos, segundo o estado civil. Paraíba, 2004	70
Gráfico 4	Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental, em municípios paraibanos, segundo a situação empregatícia. Paraíba, 2004	71
Gráfico 5	Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental, em municípios paraibanos, segundo o tipo de consulta. Paraíba, 2004	72

Gráfico 6 Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental, em municípios paraibanos, segundo o tipo de conduta. Paraíba, 2004 73

Gráfico 7 Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental, em municípios paraibanos, segundo a zona de residência. Paraíba, 2004 74

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1	Distribuição do quantitativo de Municípios por Região de Saúde, do Estado da Paraíba. Paraíba, 2004	58
Tabela 1	Distribuição do número de casos do Serviço de Saúde Mental, segundo o Diagnóstico médico. Paraíba, 2004	75
Tabela 2	Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo o sexo feminino. Paraíba, 2004	76
Tabela 3	Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo o sexo masculino. Paraíba, 2004	77
Tabela 4	Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo a faixa etária. Paraíba, 2004.....	78
Tabela 5	Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo o estado civil. Paraíba, 2004	80
Tabela 6	Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo o trabalho. Paraíba, 2004	82
Tabela 7	Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo o tipo de consulta. Paraíba, 2004	83
Tabela 8	Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo a conduta terapêutica. Paraíba, 2004	84
Tabela 9	Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo a procedência. Paraíba, 2004	85

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 A problemática do estudo	16
1.2 Aproximação do objeto do estudo e a justificativa	22
1.3 A relevância do tema	24
1.4 Objetivos	25
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	26
2.1 Revisão de Estudos Epidemiológicos sobre Saúde e Doença Mental.....	27
2.2 Política Nacional de Saúde Mental e o Programa de Saúde Mental na Paraíba.....	40
2.2.1 A Reforma Psiquiátrica na Paraíba: desafios e obstáculos.....	49
3 MÉTODO.....	53
3.1 Paradigma da Pesquisa.....	54
3.2 Tipo de Estudo	56
3.3 Universo da Pesquisa	57
3.3.1 Caracterização do Estado da Paraíba.....	61
3.4 Variáveis do Estudo.....	63
3.5 Fonte de Dados.....	63
3.6 Procedimentos Operacionais para a Coleta dos Dados.....	64
3.7 Análise dos Dados.....	66

4 RESULTADOS.....	67
5 DISCUSSÃO.....	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS	100
ANEXOS	107

INTRODUÇÃO

1.1 A problemática do estudo

Os cuidados dispensados aos indivíduos com transtornos mentais têm sido marcado, historicamente, por processos de segregação, exclusão e isolamento. Nos dias atuais, no entanto, o sofrimento psíquico ficou mais em evidência, pois adquiriu proporções alarmantes na sociedade contemporânea.

A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e a Organização Mundial de Saúde – OMS (2001) têm chamado atenção para o crescente aumento da prevalência de transtornos mentais na população, principalmente nas últimas décadas. Segundo essas organizações, estima-se que atualmente cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou neurobiológicos. Ressalta-se, também, que os sofrimentos psíquicos representam quatro, das dez principais causas de incapacitação, em todo o mundo, embora a maioria seja de caráter prevenível. Devido a essa problemática a OPAS e a OMS conclamam os governos a investirem em políticas de saúde para enfrentarem essa situação, priorizando medidas de promoção da saúde mental e de prevenção dos transtornos mentais, além do tratamento e da reabilitação psicossocial, daqueles que padecem com transtornos mentais severos.

Sabe-se que os transtornos mentais e os comportamentais ocorrem comumente e afetam mais de 25% da população em dada fase de sua vida, afetando pessoas de todas as classes sociais e de todo e qualquer país, em qualquer idade, sejam mulheres ou homens, ricos ou pobres, que morem em áreas urbanas ou rurais. Os estudos da OPAS/OMS (2001) mostram que, no ano 2000, cerca de 12% da população apresentava algum tipo de

transtorno mental e comportamental, e que, em 2020, ocorrerá um crescimento desses transtornos para um índice de 15%.

Nessa perspectiva, a OMS tem enfatizado, através do Proyecto Atlas (2001), que uma das suas maiores preocupações é a falta de políticas, programas e recursos que enfrentem a problemática da saúde mental. No cenário internacional, verifica-se que, dos 191 países membros da OMS, 41% deles não dispõem de nenhuma política de saúde mental e nem de centros de tratamento para transtornos mentais graves na atenção primária; 25% carece de legislação sobre saúde mental; 28% não possui pressuposto independente para saúde mental; 37% necessita dos Centros de Atenção Comunitária e 65% dos leitos específicos encontram-se em hospitais psiquiátricos. O Brasil tem posição de destaque, pois vem estabelecendo prioridades para o enfrentamento das questões que dificultam a reversão do modelo hospitalocêntrico, contudo ainda há muito a ser feito.

Na atual conjuntura política, econômica, social e cultural que o Brasil está vivenciando, cerca de 70% dos brasileiros não têm acesso a consumo de bens materiais e as condições de vida, de um modo geral, ainda são precárias (IBGE/DATASUS, 2005). A população brasileira sofre constantemente com o desemprego, a falta de oportunidade de trabalho, com salário digno, a violência, o abandono das crianças e idosos, a falta de respeito às diferenças e a ausência do reconhecimento da cidadania. Essas questões são motivos de constantes preocupações da sociedade que defende o estado democrático de direitos e deveres.

Essas dificuldades, vividas de forma distinta pela população brasileira, atinge de maneira contundente, a população nordestina. Destacamos em especial, os paraibanos, por ser um povo castigado pelas dificuldades de sobrevivência, traduzidas pelos fenômenos da seca e da migração, que acarretam sérios problemas econômicos e sociais, revelados, entre outros indicadores, pelo escasso número de empregos e oportunidades no mercado de

trabalho, pelos baixos salários dos trabalhadores e pelo alto índice de pessoas que ainda se encontram sem moradia ou em lugares insalubres.

Essa precariedade das condições de vida é evidenciada, nos estudos populacionais, pois, de acordo com os dados do Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, o Brasil encontra-se na 65ª posição, atrás de outros países latino-americanos como Uruguai, Costa Rica, Chile, Cuba e México. A expectativa de vida chega a atingir 67,8 anos e a renda *per capita* passou de R\$7.349 para R\$ 7.360 (SESPA, 2005).

Nos Estados brasileiros o IDH dos municípios – IDH-M varia entre 15,5% em Santa Catarina a 39,02% em Roraima. A Paraíba (0,678) está junto com mais outros cinco Estados, como Alagoas (0,633), Maranhão (0,647), Piauí (0,673) e Sergipe (0,687) entre os cinco IDH-M mais baixos do país; não havendo diferença com relação à distribuição de renda (SESPA, 2005).

O crescimento da população, no panorama nacional, destaca o Nordeste em último lugar, com o índice de 1,12, e a Paraíba, com o índice mais baixo, 0,72. Sergipe (1,66), Ceará (1,45) e Rio Grande do Norte (1,32) são os Estados Nordestinos de maiores índices (IBGE/DATASUS, 2005).

Na Paraíba, a taxa bruta de mortalidade (8,02/1.000hab.) e de desemprego (9,09%) está entre os mais altos da Região Nordeste. Há um índice de 24,72% da população de 15 anos e mais, com menos de 1 ano de estudo, 27,80% de 4 a 7 anos de estudo e 30,80% com 8 anos e mais de estudo (IBGE/DATASUS, 2005).

Como se não bastasse a precariedade do emprego, presente pela flexibilização das leis trabalhistas, pela perda de estabilidade, pelo não reajuste das remunerações, pelo vasto número de trabalhadores informais que não têm direito aos poucos benefícios da Previdência Social, tem-se também a ampliação do contingente de excluídos dos benefícios

da cultura, do lazer, condenados à mendicância, à marginalidade social, às drogas, intensificando cada vez mais seu sofrimento mental (FERREIRA FILHA et al., 2003).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurado pela Lei 8.080/90 e com o andamento do processo de Reforma Psiquiátrica, afirmado pela lei 10.216/01, a população brasileira deu um grande passo na conquista de um dos seus direitos sociais: a Saúde, reconhecida segundo a Constituição Federal de 1988 como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.91).

Para Levcovitz e Garrido (1996), o SUS, implantado no País, desde 1990, busca, entre outras questões, uma mudança mais ampla na sociedade brasileira, motivando a participação ativa da população na construção de um modelo de atenção à saúde de base coletiva. Nesse sentido, o Programa Saúde da Família – PSF, que vem sendo implementado nos municípios desde 1994, avança como estratégia de consolidação de tal modelo, pois visa à garantia dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, através de diretrizes como descentralização de poder e de serviços, construção de uma rede de serviços que atenda às necessidades de saúde da população (atenção básica, média e alta complexidade), além do controle social. Enfatiza-se, também, a necessidade de a população avançar na conquista de outros direitos sociais e reconhecer a saúde como um direito de cidadania.

De acordo com o Ministério da Saúde, há indicadores da atenção à saúde que devem ser considerados no planejamento e na programação de ações de saúde mental. Estima-se que 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

12% necessita de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual, verificando-se, também, que 2,3% do orçamento do SUS é gasto com saúde mental (BRASIL, 2003).

Ainda, conforme o Ministério da Saúde, o atual governo entende que são desafios a serem enfrentados: o fortalecimento de políticas públicas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e de baixa cobertura assistencial; a consolidação e ampliação de rede de atenção de base comunitária e territorial promotora da reintegração social e da cidadania; a implementação de uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego; o aumento de recursos anuais do SUS para a Saúde mental; a redução progressiva dos leitos psiquiátricos; a qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar: a implantação de CAPS, serviços residenciais e unidades e/ou leitos psiquiátricas em hospital geral; a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.

Atualmente, no cenário da política de saúde mental, há uma tendência de reversão do modelo hospitalar para o de base comunitária, ocorrendo a entrada de questões do álcool e outras drogas como uma prioridade a ser encarada pela saúde pública. Reafirma-se, também, a necessidade da reedificação dos princípios e diretrizes do SUS nos projetos de reforma da assistência psiquiátrica (BRASIL, 2002).

Diante de tamanho desafio, os municípios brasileiros têm um importante papel a desempenhar. Atualmente, na maioria deles, a oferta de serviços de saúde mental ainda está centrada na consulta médica, individualizada, onde a prescrição de medicamentos é o instrumento básico do atendimento. Como há carência de serviços especializados como os CAPS para atender às pessoas que deles necessitam o encaminhamento para as internações hospitalares ainda é uma prática comum. Embora já existam, em alguns municípios brasileiros, experiências indicadoras de que o desenvolvimento de ações básicas de saúde

mental pelas equipes de PSF vem sendo uma estratégia essencial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, na grande maioria delas, o que prevalece é a precariedade da atenção à saúde mental, persistindo a manutenção da “indústria da loucura” e, conseqüentemente, a mercantilização do adoecimento e a medicalização do sofrimento (FRAGA, 2003; DOTTI, 2003).

Ferreira Filha (2002) enfatiza que a Reforma Psiquiátrica vem se consolidando no país desde a década de 1990, através de movimentos políticos tanto em nível nacional como estadual e municipal e que ela tem sido norteadora dos saberes e práticas dos profissionais comprometidos com a melhoria do cuidado com a saúde mental da população e que o que entendemos por reforma psiquiátrica, vai além de medidas reformistas de pouco alcance e visibilidade na inclusão social. Na compreensão da referida autora,

A reforma psiquiátrica deve ser entendida como um projeto político e social que exige um olhar crítico sobre os modelos clássicos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da psiquiatria, bem como a reelaboração de conceitos e práticas, a criação de espaços para a convivência com a diferença, a diversidade e a divergência, buscando-se cada vez mais a inclusão social, a solidariedade e a cidadania das pessoas que necessitam de atenção e cuidados (FERREIRA FILHA, 2002, p...).

Todavia para que a Reforma Psiquiátrica siga os rumos desejados no que tange a organização de uma rede de serviços hierarquizada, segundo níveis de complexidade, dentro das diretrizes e princípios do modelo de saúde preconizado pelo SUS, não se pode desconsiderar a necessidade de utilização do raciocínio estratégico no planejamento das ações e na implementação dos novos serviços de saúde mental.

Do ponto de vista gerencial Rivera (1989) considera que o Planejamento Estratégico Situacional deveria ser utilizado para melhor redimensionar a utilização dos recursos e meios visando à consolidação do projeto do SUS e da Reforma Psiquiátrica. É

oportuno o esclarecimento de que tal planejamento fundamenta-se nos diagnósticos epidemiológicos, pois eles são o ponto de partida para a oferta de serviços, a organização dos mesmos e a implementação de ações que visem a reduzir danos à saúde. Para se realizar uma programação de ações de saúde é necessário conhecer os perfis epidemiológicos dos municípios, pois, sem isso, corre-se o risco de os investimentos e recursos disponibilizados não atenderem às necessidades de saúde da população, bem como aos grupos prioritários que necessitam de atenção e cuidados de saúde.

Nesse mesmo período, a rede do SUS organizava-se em serviços de atenção básica, média e alta complexidade. Contudo, a combinação de ações por níveis de complexidade deveria ser o resultado do perfil epidemiológico dos grupos sociais identificados, bem como das necessidades por eles apresentadas (RIVERA, 1989).

Com a visão de garantir o acesso de todos às ações de saúde resolutivas e de boa qualidade, iniciaram-se em abril de 2000, discussões em torno do processo de regionalização da assistência à saúde, de onde foram elaboradas diretrizes, as quais estão descritas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS –SUS 01/01, publicada pela Portaria MS/GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001.

Após o processo de descentralização a NOAS-SUS 2001 elaborou para os municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS. Ela identifica as ações necessárias para uma atenção adequada aos problemas de saúde mais frequentes na maior parte do território brasileiro, bem como a necessidade de se garantir que essas ações sejam ofertadas com qualidade e efetividade no âmbito municipal, próximas do local de residência dos usuários (BRASIL/MS, 2001).

Segundo a NOAS-SUS 2001, as ações descritas no Plano Diretor de Regionalização constam, dentre as demais, o tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais

freqüentes, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica (BRASIL/MS, 2001)

Essas ações, na área de saúde mental, podem ser desenvolvidas pelas Unidades de Saúde da Família, presentes nos 223 municípios da Paraíba, que quando não possuem 100% de cobertura, não limita o serviço à saúde que pode ser oferecido em qualquer unidade de saúde.

A consolidação do Programa de Saúde da Família – PSF, segundo a Coordenação de Atenção Básica da SES/PB, foi representada por um crescimento de 21,2%, em 2005, com relação ao número de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, que passou de 5.881 mil, em 2002 para 7.381 mil, em 2005. Esse profissional está ligado ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, que antecedeu o PSF. Em 2002, as Equipes Saúde da Família – ESF nos municípios paraibanos eram 758 equipes, tendo um aumento, em 2005, de 1.139 equipes, ou seja, 31,5% de crescimento, totalizando 1.897 Equipes de Saúde da Família no Estado da Paraíba (PARAIBA/SETOR SAÚDE, 2005).

Atualmente uma das maiores dificuldades para se planejar estrategicamente é a quase inexistência de informações epidemiológicas nos serviços estratégicos, ou, ainda, a infidelidade das informações existentes. A maioria dos municípios paraibanos implanta os projetos/programas de saúde mental sem essa base de dados epidemiológicos. Inexiste, no nível local (nos municípios), um sistema de informação que gere dados de prevalência, incidência, morbidade, incapacidade, para assegurar uma gestão mais qualificada e eficiente. Sem esses dados fica difícil que sejam feitos o acompanhamento e as avaliações dos programas implementados e, conseqüentemente, verificadas a eficiência e eficácia das ações desenvolvidas pelos municípios.

Compartilhamos a idéia de Amarante (1992, p. 118) de que o planejamento em saúde mental, por questões históricas e teóricas,

tende a ter como arena privilegiada a micro região, o lugar concreto de moradia e trabalho, o espaço onde as pessoas constituem suas subjetividades, tornam-se sujeitos, mantêm, perdem ou resgatam suas cidadanias, nascem, vivem e morrem, e não mais os níveis centrais de tomada de decisão, adversos das realidades locais, que lidam com situações fictícias, distantes do poder real de transformação e das pessoas e suas biografias.

Assim, a programação em saúde deve ser feita tomando-se como base o território, as características populacionais, a partir de suas condições de vida e de reprodução social, bem como do perfil epidemiológico.

Para Mendes (1992, p.68), a noção de território tem pelo menos duas vertentes: uma vinda da geografia, significando “pedaço de chão” com seus acidentes e sua configuração urbana e outra, que entende o território como processo, “ou seja, aquele pedaço que está habitado por forças sociais que se fusionam com distintas visões de mundo, distintos interesses, em permanente conflito”.

Atualmente, o modo de se analisarem e proporem programas de ação em saúde mental na Região Latino-Americana está-se revertendo em modelos explicativos mais complexos, integrais e multidimensionais. No entanto, nessa direção, as ações ainda se desenvolvem muito lentamente e o ponto de inflexão parece ser o da intencionalidade de quem participa das políticas de governo, sem priorizar a necessidade de se gerarem processos de transformação social que possam contribuir para melhorar a qualidade de vida e de atenção à saúde da população (OPAS/OMS, 2001; CONTANDRICPOULOS, 1998 citado por FERREIRA FILHA et al., 2003; GOLDBAUM, 1996).

Entende-se, portanto, que os programas de atenção à população que sofre de transtornos mentais são vistos com baixa prioridade, com pessoal insuficiente e despreparado para enfrentar o sofrimento que advém da condição de estar doente mental. Por outro lado, os serviços ainda são insuficientes, refletem pouca compreensão das reais necessidades dos doentes e a cobertura é tida como muito baixa.

Acrescente-se a essa problemática o déficit de profissionais qualificados para lidarem com uma visão multidimensional do processo saúde - doença mental. Em todo o mundo, 70% da população tem menos de 1 psiquiatra por 100 000 habitantes, 55% menos de 1 neurologista para cada 1 milhão e 44% menos de 1 enfermeira para cada 100 000 habitantes. Esse panorama é

preocupante e atualmente vem sendo considerada prioridade política realizar investimentos na qualificação de recursos humanos para se reverter tal situação (OMS/PROYECTO ATLAS, 2001).

1.2 A Aproximação do objeto do estudo e a justificativa

A partir da minha experiência profissional, como psicóloga clínica, coordenando o Programa Saúde da Família no município de Santa Luzia - Paraíba, durante o período de dois anos e cinco meses, passei a observar o crescente número de pessoas de todas as faixas etárias que buscavam o setor de saúde mental, à procura de atendimento. Nesse período, constatei que 99% dessas pessoas eram atendidas pelo médico, que indicava como conduta terapêutica o uso de medicações psicotrópicas. Reconhecendo que o uso de psicotrópicos é de grande importância no tratamento de transtornos mentais, mas concordando com Bezerra Júnior (citado por DANESE; FUREGATO, 2001) que a sua prescrição e seu uso devem ser ponderados, pois o atendimento de grande massa não permite uma atenção singularizada do ponto de vista da qualidade do tratamento medicamentoso, ocorrendo quase sempre a repetição de medicação em uso, passei a me preocupar com essa situação.

Diante da minha responsabilidade e da problemática evidenciada, emergiu a necessidade de investigar a prevalência de transtornos mentais no município, além de buscar conhecer o perfil sócio-demográfico da clientela atendida e identificar os medicamentos mais prescritos para a mesma.

Durante o Curso de Especialização em Saúde Coletiva, busquei abordar essa problemática através de uma investigação epidemiológica. O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família II, onde acontecia o atendimento à saúde mental do

município. Os resultados dessa investigação evidenciaram que os 368 usuários atendidos no Setor de Saúde Mental, no ano de 2002, apresentaram como características sócio-demográficas serem do sexo feminino (59,5%) e masculino (40,5%); na faixa etária de 30 a 59 anos (47,3%); solteiros (46,2%); católicos (92,7%); tendo como principal ocupação Do lar (29,5%), Agricultores (28,8%) e Estudantes (14,9%); com a situação trabalhista de aposentados (39,4%) e desempregados (31,3%). Com relação ao diagnóstico de transtorno mental, a maior frequência foi de Epilepsia (26,6%), seguida de Transtornos não-orgânicos do sono (21,2%). No que diz respeito ao uso de medicação psicotrópica, as maiores frequências foram de Benzodiazepínicos (45,1%) e de Anticonvulsivantes (13,9%) (MEDEIROS, 2004).

Dentre os passos para o cumprimento do rigor metodológico do referido estudo, tive como dificuldade a falta de dados nos prontuários, fontes da pesquisa, bem como dados registrados de forma ilegíveis, incompletos e conflitantes, fazendo-se necessário lançar mão do Boletim de Atendimento Médico, para complementar dados, como número de atendimentos realizados por mês, tipo de consulta realizada, conduta terapêutica adotada e principalmente a confirmação do diagnóstico médico.

Preocupada com a falta de um planejamento para desenvolver ações de saúde mental que pudessem diminuir esses altos índices de prevalência da epilepsia e de transtornos do sono, bem como com o alto consumo de benzodiazepínicos, além da falta de serviços de saúde mental e da carência de cuidados na atenção básica a essa população, busquei a Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba – SES/Pb, para pedir apoio no enfrentamento dessa problemática.

Em consulta feita ao Núcleo de Saúde Mental e ao Núcleo de Informação da Secretaria Estadual da Saúde/Pb, esses setores demonstraram também uma preocupação

com o que vinha acontecendo em outros municípios, com relação principalmente, ao alto consumo de benzodiazepínicos, bem como à ausência de estudos epidemiológicos sobre a prevalência de transtornos mentais. A partir desse interesse, desenvolveu-se o presente estudo, visando, sobretudo, a produzir dados para serem utilizados por estes setores, no sentido de se gerar uma idéia aproximativa do perfil epidemiológico do Estado no que tange ao aspecto da saúde mental. Portanto, a prevalência e o perfil da população atendida foram tomadas como objeto do estudo, pois os dados enviados a SES/Pb pelos municípios, através de Boletins Estatísticos Mensais, somente permitiam fazer essa apreensão.

Essas preocupações remeteram aos seguintes questionamentos: Qual é o perfil sócio-demográfico da população que procura os serviços de saúde, dos municípios paraibanos, em busca de atendimento à saúde mental? É possível, a partir de Boletins Estatísticos Mensais enviados pelos municípios à SES/Pb, verificar-se a prevalência de transtornos mentais na população atendida nos serviços de saúde dos municípios paraibanos? Se afirmativo, qual é a prevalência de transtornos mentais na população atendida nos serviços de saúde dos municípios paraibanos?

3. A relevância do tema

No Brasil, o número de estudos com enfoque epidemiológico, na prevalência de transtornos mentais ou no processo saúde-doença mental, ainda é pequeno. Todavia, o interesse por essa área de pesquisa vem aumentando consideravelmente.

Com a urgência de implementação de Políticas de Saúde Mental que se baseiam nas reais necessidades dos usuários, na proteção das pessoas e no melhoramento da atenção à saúde, surge, em 1990, a iniciativa para se reestruturar a atenção psiquiátrica na Região das Américas, já enfatizada na Declaração de Caracas, organizada pela OPAS/OMS. Essa

Declaração pede o “desenvolvimento da atenção psiquiátrica estreitamente vinculada à atenção primária de saúde e no contexto dos sistemas de saúde locais” (OPAS/OMS, 2001, p.84). Com isso, pretendeu-se estimular a organização da rede de serviços de atenção à saúde mental, evitando-se o isolamento, a estigmatização e a discriminação, buscando-se emancipar o indivíduo, a família e a comunidade, incluindo-se a saúde mental na agenda pública.

Nessa perspectiva, a organização da rede, bem como as prioridades a serem estabelecidas, devem tomar como base informações epidemiológicas que são fundamentais na formulação das políticas de saúde mental quer seja no âmbito estadual ou no municipal.

Entende-se que é imprescindível a produção de dados ou de informações epidemiológicas, pois elas devem ser utilizadas como uma importante ferramenta para a administração e o planejamento das ações de saúde. A nossa intenção é a de proporcionar uma leitura mais lapidada desses dados, favorecendo o estabelecimento de prioridades, de alocação de recursos e de orientações programáticas.

Espera-se também que os dados aqui produzidos possam ser utilizados no planejamento de ações de saúde mental, bem como na organização e implementação da rede de serviços da mesma, buscando-se impulsionar o processo de Reforma Psiquiátrica em andamento no Estado, onde a rede básica terá um importante papel como organizadora de cuidados e, conseqüentemente, melhorar o sistema de informação em saúde no nível local.

1.4 Objetivos

Geral

Analisar os dados presentes nos Boletins Estatísticos Mensais referentes aos atendimentos efetuados pelos profissionais na rede de serviços de saúde dos municípios paraibanos que oferecem o Programa de Saúde Mental, a fim de se identificar a prevalência e o perfil sócio-econômico da população atendida nos serviços de saúde dos municípios paraibanos, bem como subsidiar a SES/Pb no Planejamento Estratégico de ações de saúde mental.

Específicos

- Traçar o perfil da população que procura os serviços de saúde dos municípios paraibanos, em busca de atendimento à saúde mental, visando a conhecer suas características sócio-demográficas.
- Identificar a prevalência de transtornos mentais na população atendida nos serviços de saúde dos municípios paraibanos.

REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Estudos Epidemiológicos sobre Saúde e Doença Mental

Em pesquisas já realizadas, as projeções epidemiológicas referentes à saúde mental enfatizam a magnitude dos problemas mentais, que aumentarão dentro de 25 anos. Há uma estimativa de que, em cada quatro habitantes do planeta, um enfrentará algum tipo de Transtorno Mental, podendo ser a Depressão, a Esquizofrenia, o Atraso Mental, o Distúrbio da infância e adolescência, a Dependência de álcool ou de drogas, ou o Mal de Alzheimer (VASCONCELOS; REBELO; MARAU, 1999, OPAS/OMS, 2001).

Com relação à carga global de morbidade de todo o mundo, os Problemas Mentais, produzem uma carga de 8,1%, enquanto que os Transtornos Neuropsiquiátricos variam de 3,4% nos países ao sul de Saara a 8,0% na China e regiões da América Latina e Caribe. Especificando por diagnósticos, a OPAS/OMS (1997) estima que os Transtornos Depressivos encontram-se no topo, com 17,3%, seguidos pelas Demências e Doença de Alzheimer, com 12,7%; a Dependência de álcool, com 12,1%; a Epilepsia, com 9,3%; as Psicoses, com 6,8%; o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, com 4,7%, e a Farmacodependência, com 4,8%.

No relatório mais recente da OMS (2001), a Depressão aparece como a quarta doença mais freqüente no mundo, com cerca de 121 milhões de pessoas atingidas; seguida pela Dependência alcoólica com 140 milhões, a Esquizofrenia com 50 milhões, a Epilepsia com 24 milhões de pessoas. A epilepsia é tida, segundo Marchetti (2002), como o Transtorno Cerebral mais comum na população geral.

No Brasil, os levantamentos epidemiológicos apontam para uma estimativa de 9% para os Transtornos de Ansiedade, 3% para os Transtornos Somatoformes, 2,6% para os Transtornos Depressivos (na população feminina) e a Dependência ao álcool, com 8,0% e os Transtornos de Ansiedade, com 4,3% (na população masculina) (MARI, JORGE, 1997).

No que se refere à prevalência global de Transtornos Mentais na população brasileira, Alves et al. (citados por OLIVEIRA; COLVERO, 2001) dizem estar estimada em 20%. Nas cidades brasileiras de diferentes regiões, segundo pesquisas epidemiológicas, há prevalências de demanda por cuidado psiquiátrico que variam de 34% (Brasília e Porto Alegre) e 19% (São Paulo).

Na literatura, identificam-se três gerações de estudos epidemiológicos de transtornos mentais, sendo a primeira geração representada por estudos realizados até os anos de 1940, caracterizados pela fragilidade do método utilizado, repleto de deficiência. A segunda geração vai de 1940 a 1970, onde se acrescentaram as entrevistas diretas com pessoas na comunidade, marcando a época em que se iniciou o uso de técnicas de amostragem mais adequadas a grandes populações, o início da utilização de escalas, de entrevistadores leigos e de procedimentos de entrevista expressos formalmente. Por fim, a terceira geração denominada de atual, onde se dispõe de critérios explícitos para o diagnóstico de transtorno mental, entrevistas diagnósticas padronizadas, desenhos metodológicos mais sofisticados e processamento computadorizado de dados, são enfatizados por Dohrewend e Dohrewend (1978).

Num panorama atual com relação aos estudos epidemiológicos na área de saúde mental, observa-se uma carência de material bibliográfico e alguns estudos existentes são referentes à prevalência ou incidência de transtornos mentais que acometem as populações, que serão comentados a seguir.

Na década de 1970, estudos como o inquérito populacional foi desenvolvido com os habitantes de Vila Vargas em Porto Alegre, por Luz Jr., (s.d.). Objetivava-se especificamente conhecer a prevalência do alcoolismo. Os resultados mostraram que havia uma prevalência de “bebedores patológicos”, com índice de 6,2% entre adultos, com predominância no sexo masculino. A pesquisa foi realizada com uma população de 514 pessoas (SANTANA; ALMEIDA FILHO; MARI, 1988).

Na cidade de São Paulo, na década de 1980, Torres, Pompei e Kerr-Corrêa (1989) realizaram um estudo de avaliação da implantação do Serviço de Saúde Mental na rede primária de atenção à saúde, em Americana-SP. Analisando-se os diagnósticos em 231 prontuários de pessoas inscritas no Programa de Saúde Mental, no período de janeiro de 1985 a julho de 1986, foi visto que 26,0% foram considerados Dependentes de álcool ou drogas; 36,4% correspondiam aos Transtornos neuróticos reativos ou problemas familiares; 19,9%, com quadros cerebrais orgânicos como a Oligofrenia, a Epilepsia e a Demência e 13,0%, com Psicoses funcionais. A amostra foi predominante de adultos-jovens, 64,5%, na faixa etária abaixo de 40 anos e dos dois sexos. Para os autores, no Brasil, a escassez de estudos epidemiológicos nesse período dificultou a comparação dos achados.

Durante a década de 1990, muitos trabalhos epidemiológicos começaram a surgir, enfatizando aspectos ainda não trabalhados. No Estado do Rio Grande do Sul, na cidade de Pelotas, em 1994, foi realizado um estudo transversal de base populacional para avaliar a prevalência do consumo de psicofármacos, num período de duas semanas. As variáveis demográficas foram: a situação conjugal, o gênero, a idade e a raça. Como resultado, pôde-se observar que a ocorrência de Transtornos Psiquiátricos Menores – TPM, é cerca de 50% maior em mulheres e aumenta com a idade. Com relação ao estado civil, os solteiros apresentaram menor prevalência que as demais categorias de estado conjugal, e as pessoas viúvas foram aquelas que mais apresentaram TPM. Para a variável escolaridade e a renda, observou-se uma tendência linear altamente significativa, onde, quanto menor a escolaridade e a renda familiar *per capita*, maior a prevalência de TPM.

Lancman (1997) escolheu quatro cidades, sendo duas no interior do Estado de São Paulo (São Carlos e Araraquara) e duas periféricas à capital (Ferraz de Vasconcelos e Franco da Rocha), para realizar estudo da demanda em Saúde Mental. Com relação à idade

da população atendida nos serviços de saúde mental, encontrou, nos municípios estudados, uma maior concentração de pacientes na faixa de 20 a 40 anos, seguida da faixa de 40 a 60 anos. Houve predominância do sexo feminino, e, quanto aos diagnósticos, as Neuroses atingiram mais o sexo feminino e as Psicoses o sexo masculino.

No estudo de Silva, Coutinho e Amarante (1999) foi traçado o perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro, excetuando-se a Colônia Juliano Moreira. Tiveram a participação no estudo 3.223 pacientes internados, sendo 2.126 (66,0%) homens e 1.097 (34,0%) mulheres, na faixa etária predominante de 30-39 anos (29,5%) e prevalecendo os solteiros (66,1%). O diagnóstico mais freqüente foi a Esquizofrenia (42,1%), seguido da Oligofrenia e dos Transtornos envolvendo o abuso de álcool, com 10%, respectivamente.

Destaca-se, também, o estudo de Andrade et al. (1999), realizado com 1.464 pessoas, com idade acima de 18 anos, na cidade de São Paulo, onde se objetivava estabelecer a prevalência dos Transtornos Mentais ao longo da vida do indivíduo. Os resultados evidenciaram como transtorno mais comum a Dependência de tabaco, com 25%; Transtornos Depressivos, com 18,5%; Transtornos Ansiosos, com 16,8%; Transtornos Somatoformes, com 6,0% e uso nocivo/Dependência de álcool, com 5,5%.

Vorcaro et al. (2002) realizaram um levantamento dos estudos epidemiológicos de base populacional referentes à depressão, tendo o cuidado de agrupar os estudos pesquisados por aspecto metodológico abordado. Na pesquisa analisaram-se estudos epidemiológicos em diferentes lugares do mundo, o que proporcionou uma forma de se observar o comportamento das variáveis dos estudos em diferentes culturas. Como resultados, evidenciaram o sexo feminino como o mais afetado pela depressão; a prevalência de episódios depressivos que aumenta proporcionalmente à idade em mulheres

até os 45 anos, decrescendo posteriormente. Quanto ao grupo étnico, há controvérsias, pois alguns estudos apontam maior prevalência de Depressão em negros e hispânicos do que em brancos, enquanto outros realizados com mulheres e homens judeus demonstram que a prevalência de Depressão nesse grupo étnico é maior. Com relação ao estado civil, essa variável é um fator importante na ocorrência de depressão em homens franceses (OLIVEIRA, 2004).

Lotufo Neto (2002) pesquisou, na cidade de São Paulo, a prevalência de Transtorno Mental entre ministros religiosos, distribuindo 750 questionários e sorteando apenas 40 para uma entrevista aberta. Os resultados mostraram uma prevalência de Transtornos depressivos, com 16,4%; Transtornos do sono, com 12,9%, e Transtornos ansiosos, com 9,4%.

Mais recentemente, Gomes et al. (2002) realizaram um censo dos pacientes internos em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro. Na população constituída por 1.494 indivíduos, predominaram homens (53,4%), solteiros (81,6%), na faixa etária produtiva (66,4%). Os diagnósticos mais freqüentes foram a Esquizofrenia (53,6%) e o Retardo Mental (26,4%).

Costa et al. (2002) realizaram, em outro momento, um estudo transversal de base populacional, em Pelotas - RS, objetivando determinar a prevalência de Distúrbios Psiquiátricos Menores - DPM e sua associação com fatores de risco. A amostra foi de 1.967 pessoas, com idade entre 20 e 69 anos, em domicílio, utilizando o Questionário pré-codificado, contendo o *Self-Report Questionnaire* - SRQ-20, informações socioeconômicas e demográficas, presença de doenças crônicas, uso do serviço de saúde, consumo de álcool, hábito de tabagismo e coleta de medidas antropométricas. Como resultados obtidos, houve

a prevalência de 28,5%, com predominância das pessoas inseridas nas classes sociais mais baixas, de menor renda, acima de 40 anos e do sexo feminino.

Em Pediatria, os estudos epidemiológicos psiquiátricos são ainda menos frequentes. Fleitlich e Goodman (2000) abordaram, em estudo recente, quatro exemplos de estudos epidemiológicos: 1) Uma pesquisa realizada por Almeida Filho, em 1981, que aplicou, em um primeiro momento, um Questionário de Rastreamento em Pais, denominado QMPI, em uma amostra de 829 crianças entre 5 e 14 anos, e, num segundo momento, realizou entrevistas clínicas onde mostrou 15% de problemas de saúde mental. 2) Em outra pesquisa, Almeida Filho, em 1984, utilizou o mesmo instrumento, revelando a associação de problemas de saúde mental na infância com problemas de saúde mental materna. 3) No estudo de Brito, Pinto e Lins, em 1995, desenvolvido em Niterói – RJ, observou-se que as categorias diagnósticas para Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH – adotadas nos países desenvolvidos, também funcionavam no Brasil. 4) No estudo de Rohde et al. (1999), utilizando-se o mesmo enfoque do TDAH, foram encontrados resultados semelhantes em países desenvolvidos, ao se investigar a relação entre o TDAH e os problemas escolares e comportamentos agressivos ou desafiadores.

No Rio de Janeiro, foi realizado um estudo com o intuito de se traçar o perfil epidemiológico em saúde mental das crianças e adolescentes que freqüentavam o Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil. Nos dados encontrados observou-se uma prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes em torno de 10 a 15%, chegando até 21%, se tomada apenas uma população de adolescentes mais velhos, enfatizando-se que cerca de 50% desses transtornos tendem a produzir incapacidades permanentes (OLIVEIRA, 2004).

Mais recentemente, Maia, Durante e Ramos (2004) desenvolveram uma pesquisa para detectar a prevalência de transtornos mentais em idosos residentes em área urbana da

cidade de Monte Carlos, no norte de Minas Gerais. A amostra foi de 327 idosos, com 60 anos ou mais de idade, selecionados através da amostragem probabilística, tendo como unidade amostral o domicílio. Como instrumento de pesquisa, utilizaram o Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico – QRP, que é uma versão brasileira do “*Short Psychiatric Evaluation Schedule*” - SPES, onde constataram uma prevalência de transtornos mentais estimada em 29,3%, associada ao sexo feminino. Nas conclusões do estudo, destacaram uma prevalência de distúrbios mentais encontrada, comparada com outros estudos comunitários, bem como sua associação com múltiplas doenças crônicas, incapacidade e pobreza.

Em outra pesquisa de base populacional, um estudo transversal, realizado com pessoas entre 16 a 59 anos, residentes em Campinas-SP, foram analisadas variáveis sócio-econômicas e a presença de Transtornos Mentais Comuns – TMC. Os resultados obtidos, através de entrevistas domiciliares, tendo como prevalência de TMC 20,6% e, quando associados à renda familiar per capita menor de 1 salário mínimo, foi de 29,3% e quando a renda familiar per capita é superior a 4 salários mínimos, foi de 13,8%. Quando levada em consideração a escolaridade, a prevalência decresceu com o aumento da escolaridade, sendo menor em jovens (GIULIANELLO et al., 2004).

Ainda em São Paulo, no município de São José do Rio Preto, Berto et al. (2004), realizaram um estudo sobre o levantamento indireto e análise da morbidade dos transtornos mentais na população do SUS, através dos atendimentos realizados nos serviços ambulatoriais e nas emergências psiquiátricas durante o ano de 2002. Os diagnósticos encontrados no ambulatório foram Transtornos de Humor, com 49%; Transtornos Neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes, com 19%; a Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, com 14%; os Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, com 4%, drogas, com 1% e outros, com 13%.

Já no serviço de emergência psiquiátrica, permaneceu o transtorno de humor com 36%, seguido pelos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, com 23%; a Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, com 21% e os Transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes, com 13% e os Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de drogas, com 3%. De acordo com a caracterização da clientela cadastrada no primeiro serviço, 65% eram do sexo feminino, enquanto que, no segundo serviço, foram feitos 6.398 atendimentos, que resultaram em 3.572 pessoas acompanhadas.

Na Região Nordeste, os trabalhos desenvolvidos estão centrados em Salvador – Bahia, Fortaleza – Ceará e, recentemente, Recife – Pernambuco e João Pessoa – Paraíba. Os estudos centrados na região de Salvador – Ba iniciaram-se em 1974, por Coutinho, que objetivava estimar a prevalência de doenças mentais no Centro Histórico de Salvador, onde viviam marginais, prostitutas, artesãos, vendedores ambulantes e outros sem profissão definida, com uma população de 1.514 indivíduos, dos quais 1.196 tinham idade acima de 10 anos. A amostra foi constituída dos indivíduos com idade acima de 10 anos (1.196 indivíduos), que apresentaram uma prevalência de doença mental de 49,3%, entre os adultos, onde a neurose e o alcoolismo apresentaram prevalências específicas de 22,6%, e os demais diagnósticos psiquiátricos apareciam com 4,1%. O estudo ficou caracterizado pela predominância do sexo feminino, com as maiores taxas de prevalência entre os solteiros, analfabetos e sem ocupação (SANTANA; ALMEIDA FILHO; MARI, 1988).

Ao mesmo tempo, foi desenvolvido um outro estudo em duas áreas da Região Metropolitana de Salvador – Ba, sendo um em uma zona pobre marítima e outro na zona industrial. Na primeira área, a amostra foi de 828 crianças de 5 – 14 anos e 1.549 indivíduos acima de 14 anos, enquanto na segunda área a amostra foi de 1.067 indivíduos,

todos adultos. A prevalência anual global foi de 23,2% que constituíram de 1,6% de transtornos de desenvolvimento, 15,3% de desordens neuróticas e psicossomáticas, 2,5% de transtornos orgânicos cerebrais, 2,6% de retardo mental e 1,2% de outros diagnósticos de menor ocorrência (SANTANA; ALMEIDA FILHO; MARI, 1988).

Outro estudo importante foi o de Santana, em 1983, no bairro do Ó, região metropolitana de Salvador, onde definiu a prevalência global de transtornos psiquiátricos, evidenciando que a prevalência para o alcoolismo em homens é maior que em mulheres, sendo, em contrapartida, as mulheres mais suscetíveis a neuroses e oligofrenias. Desses números, todos estão relacionados diretamente com a condição sócio-econômica, e o ponto de destaque é a variável migração, que demonstrou percentual de transtornos mentais de 21,7 em migrantes versus 17,7 em não-migrantes (SANTANA; ALMEIDA FILHO; MARI, 1988).

Santos et al. (2004) desenvolveram, com outros pesquisadores, um estudo de coorte transversal, com 345 cuidadores de crianças, entrevistados em domicílios, no período de julho a dezembro de 2001, onde utilizaram o instrumento *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), que proporcionou resultados como uma população que oscilou entre 16 e 86 anos de idade, com apenas 4% do sexo masculino. O transtorno mais comum foi Depressão (34,9%), seguido do Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT (16,5%). Nas suas discussão enfatizaram o alto número de casos de Depressão, o que faz com que existam mais estudos nessa área.

Ainda na Bahia, em Juazeiro, Carneiro, Correia e Ferraz (2004) desenvolveram um estudo no CASP II, inaugurado em 23 de agosto de 2002. O objetivo desse trabalho foi divulgar o perfil dos usuários desse estabelecimento. Eles utilizaram como referência os cadastros e prontuários de 54 usuários, em regime intensivo e semi-intensivo, tendo como resultados, com relação ao diagnóstico, 21 usuários com Transtornos de humor afetivo; 21

usuários com Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes e 4 usuários com Retardo mental. A população foi a mesma com relação ao sexo, sendo a faixa etária predominante de 15 e 40 anos, de solteiros, com ensino fundamental incompleto e dos com renda familiar que varia de 1 a 3 salários.

Moura Fé e Sampaio (s.d.) realizaram um estudo em uma área de Fortaleza-CE, no qual foi encontrada uma prevalência de 4,1% de transtornos mentais (OLIVEIRA, 2004).

Outro Estado contemplado com estudos epidemiológicos, na área de saúde mental, foi Rio Grande do Norte, na cidade de Natal. Alverga e Dimenstein (2004) buscaram traçar o perfil da demanda em saúde mental, onde 61 dos entrevistados, dos quais 50% eram procedentes do interior do Estado; 60% possuíam parentes com algum tipo de Transtorno Mental; 85% usavam psicotrópicos, na maioria benzodiazepínicos (38%). Com recorrência a hospital psiquiátrico como primeiro atendimento, a percentagem foi de 23%, e 67% dos que não apresentaram nenhum tipo de atendimento. Os autores, em suas discussão, ressaltam o poder do conhecimento epidemiológico como uma ferramenta indispensável para se organizarem os serviços de saúde, por permitirem uma investigação sobre a reprodução social dos diferentes grupos humanos, conhecendo-se sua distribuição, determinação e modos de expressão.

No estudo em Pernambuco, com pacientes internados com diagnóstico de Esquizofrenia, no período de 1997 a 1999, utilizou-se o prontuário do paciente do hospital através de uma amostragem aleatória sistemática, obtendo-se 300 pacientes na faixa etária preponderante de 20 a 40 anos, sem predominância da variável sexo, com uma maioria de solteiros e católicos. Cerca de 95% tiveram como escolaridade máxima o 1º Grau e 83,4% tiveram um atendimento de uma equipe multidisciplinar. Os tipos de Esquizofrenia mais encontrados foram: residual, paranóide e não específico/indiferenciado (CAVALCANTE; NÓBREGA; DINIZ, 2004).

Os estudos desenvolvidos na Paraíba são os de Medeiros (2004, 2003), tendo sido um deles referido em um dos contextos anteriores deste estudo, e outro, desenvolvido no ano de 2003, também no município de Santa Luzia, que objetivava identificar a prevalência do Estresse Infantil em estudantes de duas escolas: uma pública e outra particular, com alunos que estavam cursando a 4ª série do ensino fundamental, tendo-se feito uso da Escala de Stress Infantil – ESI, de autoria de Lipp e Lucarelli. A população foi de 67 alunos, dos quais 40 eram da Escola A e 27 da Escola B, na faixa etária preponderante de 8 a 10 anos, com predominância do sexo feminino na Escola A e do sexo masculino na Escola B. Os resultados obtidos apresentaram uma prevalência de 64,7%, com predomínio do sexo feminino, na faixa etária de 8 a 10 anos, compondo um quadro de 17 alunos em ambas as escolas. A Escola obteve 8 alunos, sendo 29,4% do sexo feminino e 17,6% do sexo masculino; 41,1%, na faixa etária de 8 a 10 anos e 5,8% de 11 a 13 anos, enquanto a Escola B obteve 9 alunos, sendo 35,3% do sexo feminino e 17,6% do sexo masculino; 29,4% na faixa etária de 8 a 10 anos e 23,5 de 11 a 14 anos.

Por fim, outro estudo desenvolvido recentemente é o de Andrade (2004), no município de Pedras de Fogo, o qual pesquisou a dependência a benzodiazepínicos pelos usuários de uma unidade de saúde da família. Seus achados confirmam que os maiores consumidores dessas drogas são as mulheres, nas faixas etárias entre 35-45 anos e acima dos 65 anos de idade; em sua maioria, casadas, com nível de escolaridade de ensino fundamental e de religião católica, com ocupação do lar e renda mensal de 1 a 3 salários mínimos.

Com relação às pesquisas epidemiológicas na área de saúde mental, Sampaio (1998) chama a atenção para um dos problemas que permeia a maioria desses estudos. Segundo o mesmo, o objeto de estudo apresenta interseção vital com os processos sócio-econômicos e políticos, com os fantasmas da cultura, com as medidas de critério de êxito

extremamente subjetivas, com os limites das áreas de atuação que são muito imprecisas, com os conflitos fundamentais entre o saber que se deve expandir e uma prática especializada que se deve restringir e, ainda por cima, com o estigma popular.

Portanto, é preciso distinguir os elementos que estão intrínsecos no processo saúde-doença mental, como os elementos consciência, personalidade, saúde mental, alienação, ideologia, sofrimento psíquico, necessitando-se conhecer a sua magnitude, a sua distribuição e suas determinações.

De acordo com Sampaio (1993), na psiquiatria, os estudos epidemiológicos visam, sobretudo, ao diagnóstico comunitário, ao estudo do funcionamento dos serviços de saúde, à estrutura dos quadros clínicos e das síndromes mais comuns na área, à estimativa das populações de maior risco, aos processos de determinação e aos estudos históricos, para o favorecimento de resultados positivos.

Reafirma, ainda, Sampaio (1993) que nesse campo, os estudos epidemiológicos são inegavelmente mais complexos, por possuir o objeto de estudo um caráter subjetivo. Isso quer dizer que os processos psíquicos sofrem influências dos fatores sociais, econômicos e culturais, e, como se sabe, na Psiquiatria, desde os primórdios da humanidade, quem se parece “anormal” ou “fora do padrão” é colocado à margem da sociedade e passa a ser rotulado como louco, tornando-se a grande dificuldade desse tipo de pesquisa.

Com isso, pretende-se que, na área da saúde, apesar de ainda permanecerem visões unidirecionais ou unidisciplinares e omissas com relação à historicidade, ao se analisarem processos complexos como aqueles que buscam definir a saúde, o adoecimento, a morte e o viver, estão presentes na vida de toda e qualquer pessoa.

Um dos motivos que faz com que isso ocorra pode ser o fato de só se ter até então trabalhado com a definição de doença e, como consequência, ter-se projetado para

planejamentos de ações, visando ao adoecimento e nunca à saúde, à prevenção, à promoção do indivíduo.

2.2 Política Nacional de Saúde Mental e o Programa de Saúde Mental na Paraíba

Pode-se dizer que, no Brasil, atualmente existe uma Política Nacional de Saúde Mental, com princípios, diretrizes e leis que apontam para a construção de um modelo de atenção a saúde mental visando a mudança do paradigma segregacionista, biologicista e excludente e ainda a conquista de direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais. Todavia para uma melhor compreensão da atualidade, retomaremos alguns fragmentos históricos dessa política visando apresentar uma contextualização da trajetória histórica.

Desde a Antiguidade, os portadores de transtornos mentais sofrem com estigmas, rótulos e formas de tratamento que eram e ainda são vistas como reflexos dos valores sociais predominantes com relação à percepção social da doença mental.

Com a necessidade de abrigar os loucos, nasce a Psiquiatria como especialidade médica, que a partir dos avanços da medicina e com o surgimento da bacteriologia, da imunologia e da neurologia, fez com que a classe médica passasse a exercer o controle das instituições psiquiátricas.

As instituições psiquiátricas, no Brasil, surgiram no período colonialista devido à necessidade de se manter a ordem pública e a paz social, removendo-se e excluindo-se, com isso, insanos, criando-se depósitos para abrigar, alimentar, vestir e tratar o doente mental (SANTOS; SANTOS; LIMA, 2001).

No Brasil, não muito diferente dos outros países, as formas de tratamento desde o período colonialista e até mesmo depois deste, não se fundamentavam no conceito de cuidar. A doença mental ou loucura ganhou “status” elevado, pois muitos acreditavam que os loucos eram pessoas intermediárias, juntos aos deuses e aos mortos, com ligação com o diabo, bruxarias e magias. As formas de tratamento ocorriam através da violência, às pessoas eram surradas, queimadas em fogueiras, trancadas em depósitos e muitas vezes exploradas como objetos científicos (OPAS/OMS, 2001).

Os hospícios e manicômios em todo o país, desde seus primórdios estiveram localizados fora das cidades, pois o doente mental era e ainda é considerado perigoso. Isto justificava as práticas desumanas a que tais pessoas internas nessas instituições eram submetidas.

Contudo, mesmo com o avanço da ciência, a psiquiatria permanecia adormecida diante da complexidade e do fenômeno da doença mental. Suas teorias não eram capazes de retirar da escuridão pessoas com anos de sofrimento, isolamento e exclusão. Mas além do abismo abria-se uma fresta para a compreensão da loucura como fenômeno social e cultural.

É importante destacar que em outros países a Reforma Psiquiátrica já estava em processo de implantação desde a década de 1960, salvaguardando as diferenças políticas e culturais. Todavia, o Brasil não conseguiu andar com a mesma velocidade de países como

Estados Unidos da América, Itália, Inglaterra e França.

Devido as fortes pressões que a classe trabalhadora fazia ao governo federal exigindo melhor qualidade e mais serviços para atender as suas necessidades de saúde, na década de 1960, foram construídos muitos hospitais psiquiátricos privados iniciando-se

uma verdadeira indústria da loucura com lucros invejáveis para qualquer outro empresário da saúde (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2005).

No Estado da Paraíba, foram criados pelo menos 4 hospitais psiquiátricos de caráter privado, financiados com recursos públicos. Tais serviços atendiam a clientela previdenciária, oriunda da classe trabalhadora. Sabe-se que a qualidade dos serviços era péssima e que os maus tratos também era uma prática comum.

A partir dos anos de 1970 inicia-se o Movimento Sanitário pela reforma do modelo de atenção a saúde e no interior deste inicia-se as primeiras idéias sobre a reforma psiquiátrica. Tal movimento, liderado por profissionais de saúde, se constituiu no marco de referencia das lutas pela saúde no país, pois além de denunciar as perversidades do sistema em vigor, apresentou alternativas para sua transformação.

Na área de saúde mental algumas medidas foram tomadas pelo Ministério da Saúde que criou, no fim da década de 1970, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde – PIASS e o Programa de Interiorização das Ações da Saúde Mental – PISAM, que foram dirigidos para o Nordeste.

No Estado da Paraíba, o PISAM foi implantado em 1978 e tal programa abrangia 23 municípios. Priorizavam-se os municípios mais distantes da capital, devido a dificuldade de acesso aos serviços hospitalares existentes na mesma. Tal programa preconizava atividades de promoção e prevenção do adoecimento junto ao grupo de crianças, adolescentes, mulheres grávidas e adultos. Os médicos que atendiam no programa eram considerados clínicos gerais que recebiam um treinamento específico para atender principalmente os egressos das internações psiquiátricas, na intenção de manter o tratamento medicamentoso e evitar a reinternação. Tal programa vigorou durante 4 anos, quando o governo federal deixou de enviar incentivos financeiros. Pode-se dizer que este programa foi também o responsável pela introdução e distribuição em larga escala de

medicações ansiolíticas, criando e incentivando a população a uma verdadeira farmacodependência (REF Aliete).

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil consolida-se mais tarde na década de 1980 e inicia-se pautado em questões de ordem trabalhista e em denúncias feitas à divisão Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – DINSAM, sobre maus tratos e as péssimas condições de higiene dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, São Paulo, entre outros Estados. Tais de denúncias veiculadas através de meios de comunicação de massa repercutiram em todo o cenário nacional (MEDEIROS et al., 2001; AMARANTE, 1992).

A partir desse acontecimento, emerge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM, os Núcleos de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e os Núcleos de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, que pretendiam combater a hospitalização psiquiátrica. Esse movimento contou com ajuda, por ocasião do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1978, e do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, com recomendações de caráter político para a assistência psiquiátrica e com a intensa mobilização pela anistia, e a presença de Basaglia com relato das experiências da desconstrução dos manicômios na Itália, respectivamente, fortalecendo a luta antimanicomial (AMARANTE, 1992).

O governo, já na década de 1980, com o agravamento da crise política-econômica, elaborou a PREV-SAÚDE, que pretendia integrar o Ministério da Saúde ao Ministério da Previdência Social. Em virtude das pressões das empresas privadas de saúde, esse projeto não conseguiu se efetivar.

Nesse mesmo período, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde se elaborou e aprovou um relatório do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que, segundo

Silva et al. (1995), reforçou o Movimento da Reforma Psiquiátrica, quando as discussões sobre loucura, doença mental, saúde mental se intensificaram.

Na área de saúde mental, ocorreram também encontros e mini conferências municipais e estaduais que culminaram com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual aprovou a idéia de implantar um novo modelo de atenção à saúde mental, com base em serviços extra hospitalares para promover a reabilitação e inclusão social. Nessa conferência registra-se também a participação de pessoas que comandavam o Programa Estadual de Saúde Mental ao nível da Secretaria Estadual da Saúde (REF).

Assim em fins da década de 1980 alguns serviços novos denominados de Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, foram criados para substituir os serviços hospitalares. Em tais serviços buscava-se a reformulação conceitos sobre a doença e a loucura, normalidade e anormalidade, criando-se novas práticas de cuidado que visassem principalmente à reabilitação psicossocial e a inclusão social daqueles que padecem de transtorno mental. Antes de tais serviços serem criados, registrava-se em quase todo o território nacional o predomínio do caráter assistencialista e de exclusão social a que eram submetidas tais pessoas. Na Paraíba, tais serviços como hospital dia e CAPS somente passaram a existir na década seguinte. (REF)

Na urgência de implementação de uma Política de Saúde Mental, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e que se viesse atender as reais necessidades das pessoas acometidas de transtorno mental, e também tendo em vista acabar com a indústria da loucura, na década de 1990, o Deputado Federal Paulo Delgado, sensibilizado com a Luta Antimanicomial, apresentou, ao Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº. 3.657/89 que regulamentava os direitos do doente mental e propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos bem como a adoção de um modelo de atenção de caráter substitutivo para essa população (SILVA et al., 1995).

Nessa mesma década, em 1992 foi realizada a II Conferencia Nacional de Saúde Mental, com participação ampla dos usuários de serviços de saúde mental, familiares e profissionais interessados para reforçar a necessidade de aprovação do projeto de lei, bem como discutir os rumos da política de saúde mental no país.

Contudo, até fins da década de 1990 a política de saúde mental ainda não estava consolidada e carecia de maior visibilidade na agenda pública dos governos federal, estadual e municipal, para que houvesse recursos destinados a apoiar as mudanças sugeridas pela sociedade brasileira no que diz respeito à atenção as pessoas com transtorno mental.

Somente a partir do ano 2001, definia-se no cenário nacional a consolidação de uma política nacional de saúde mental com vistas a superar o modelo hospitalocêntrico. A aprovação da Lei 10.216 em abril deste mesmo ano evidenciou a intenção do governo em atender as reivindicações da sociedade brasileira.

Atualmente a Política Nacional de Saúde Mental, apresenta princípios e diretrizes bem definidas. Imprime-se a necessidade de reversão do modelo hospitalar para o de base comunitária, ocorrendo entrada de questões do álcool e outras drogas como prioridade dos problemas de saúde pública, bem como a reedificação das diretrizes do SUS. (REF)

Tomando-se como indicadores de atenção à saúde, a informação de que 3% da população geral sofre de Transtornos Mentais severos e persistentes, sabe-se que 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e de outras drogas; 12% necessita de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual, tomou-se o cuidado de se destinar 2/3 dos recursos do SUS, para serem gastos com a saúde mental. (REF)

O Ministério da Saúde coloca como desafios, o fortalecimento de políticas públicas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e de baixa cobertura assistencial; consolidação e ampliação da rede de atenção de base comunitária e territorial promotora da reintegração social e da cidadania; implementação de uma Política de Saúde Mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego; aumento de recursos anuais do SUS para a Saúde Mental; redução progressiva dos leitos psiquiátricos; qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar: CAPS, serviços residenciais e unidades psiquiátricas em hospital geral; inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; implementação da Política Nacional da Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas; implantação do Programa De Volta para Casa; do programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; promoção dos direitos dos usuários e familiares e incentivo à participação no cuidado; garantia de tratamento digno e de qualidade ao louco infrator, superando-se o modelo de assistência centrado no manicômio judiciário; avaliação contínua de todos os hospitais psiquiátricos pelo Plano Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria. (REF)

Todos esses desafios tornaram-se uma luta, para que a Política de Saúde Mental seja implantada, implementada, reestruturada, mudada a partir das práticas existentes na atenção com o portador de Transtornos Mentais. Partindo das constantes discussões, sobre a necessidade de hierarquizar a rede de serviços de saúde mental, bem como atender a demanda de pessoas com sofrimento emocional, a rede básica de saúde - passou a ser a porta de entrada no sistema de saúde.

As Unidades de Saúde da Família – USF passaram a ser vistas como essenciais para minimizar a demanda de usuários para os serviços de média complexidade como os CAPS. Na USF deveria realizar-se o primeiro contato, do usuário com os profissionais que podem

fazer o acolhimento, atendimento individual, atendimento em grupo, visita domiciliar, internamento domiciliar, inclusão social. Tais unidades devem também desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção do adoecimento mental e cuidar de casos leves que não necessitam de acompanhamento especializado. Os casos que necessitem de um tratamento mais abrangente devem ser encaminhados para os serviços de média complexidade como os Centro de Apoio Psicossocial – CAPS, os Ambulatórios; estes por sua vez, devem ter competência para atender a demanda e evitar encaminhamentos para hospitais. Porém caso seja necessário devem recorrer aos leitos em hospitais gerais, serviços de urgências/emergências e somente em última instância encaminhar para internações em hospitais psiquiátricos. (REF)

Quanto aos dados na área de saúde mental, com relação a diagnóstico, número de casos e quais as patologias presentes, o Estado conta com o Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, que é alimentado através das informações colhidas pelo ACS, mensalmente, ao preencher a Ficha A que é composta por informações referentes ao cadastro do domicílio e seus usuários. Nela, existem variáveis com relação ao adoecimento das pessoas que residem no domicílio, denominadas de doente mental, de epilepsia e de alcoolismo.

O Estado da Paraíba em seus 223 municípios, segundo informações do SIAB (DATASUS, 2005; SES/PB, 2005), com relação ao Alcoolismo, no ano de 2003, apresentou 11.877 casos, em 2004, 14.047 casos, e em 2005, na faixa etária de 0-14 anos, 43 casos e de 15 anos e mais 16.194 casos, perfazendo um total de 16.234 casos.

Com relação à Epilepsia, em 2003, 5.771 casos, em 2004, 7.003 casos e em 2005, na faixa etária de 0-14 anos, 1.055 casos e de 15 anos e mais com 7.130 casos, perfazendo 8.185 casos. Para com a variável Doença mental, em 2003 a Paraíba tinha 15 casos, diminuindo para 11 casos em 2004 e com 10 casos em 2005.

Nos 60 municípios que participaram desse estudo, estão presentes, 32 (74,4%) dos casos de alcoolismo, na faixa etária de 0-14 anos, e 7.691 (47,5%) dos casos na faixa etária de 15 anos e mais. A Epilepsia nesses municípios representa 437 (41,4%) dos casos, na faixa etária de 0-14 anos, e 2.833 (39,7%) dos casos com 15 anos e mais.

A informação referente a saúde mental, no Estado da Paraíba, ainda é muito pouco trabalhada e o próprio sistema de saúde que é oferecido nos municípios não buscam os dados e muito menos qualificá-los, principalmente pelo fato de não existir indicadores de saúde mental.

Diante disso, é visto a necessidade de se ter um sistema de informação alimentado constantemente, de forma dinâmica, com indicadores reais e precisos, bem como uma equipe interdisciplinar, multidisciplinar, capacitada e qualificada que tenha uma capacitação para diagnosticar e tratar os usuários já com diagnóstico de transtornos mentais e prevenir aqueles que possam vir a sofrer de transtornos mentais.

2.2.1 A Reforma Psiquiátrica na Paraíba: desafios e obstáculos

O Movimento da Reforma Psiquiátrica vem ocorrendo, na maioria dos Estados, alguns com mais avanços do que outros. Especificamente, no Nordeste, o Ceará, o Rio Grande do Norte, Pernambuco e Bahia, contam com o desenvolvimento da Política de Saúde Mental bem forte e enraizada. Já de modo mais tímido, podem-se citar os Estados do Piauí e Paraíba.

Historicamente, a assistência psiquiátrica na Região Nordeste, como em outras regiões do país, foi e continua a ser predominantemente hospitalocêntrica. Os Estados da Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará têm fortes reflexos do modelo de saúde adotado no país desde a década de 1960 (FERREIRA FILHA, 2002).

Na Paraíba, as críticas ao modelo hospitalocêntrico emergiram com maior veemência no início dos anos 1990, com a perspectiva de implantação do projeto de

Reforma Psiquiátrica que vinha acompanhando as tendências mais amplas da Reforma Sanitária. Vale ressaltar, que existia e ainda existe uma influencia do pensamento basagliano entre os profissionais da saúde mental, desde o fim da década de 1970 (FERREIRA FILHA, 2002).

A década de 1990 é percebida como um período de efervescência na luta pela reforma, em que os trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares começam a se envolver, de um modo mais organizado, em movimentos políticos e sociais e conseguem conquistar novos espaços de tratamento para portadores de Transtornos Mentais.

No período de 1992 a 1995, nos Estados da Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Pernambuco e Bahia, foram realizados seminários, simpósios, jornadas, encontros, com o objetivo de serem discutidas novas experiências que vinham sendo construídas em cada Estado.

Especificamente, na Paraíba, em 1992, foi criada uma Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica que passou a influenciar nas decisões político-administrativas que diziam respeito ao funcionamento dos Serviços de Saúde Mental. Criou-se, também, uma comissão de fiscalização com o objetivo de supervisionar os serviços existentes, quanto à qualidade da assistência, sua adequação às exigências normativas emanadas do Ministério da Saúde através de suas portarias (SILVA et al., 1995).

Essa comissão, junto com o núcleo do Movimento Antimanicomial, foi ainda responsável pela elaboração de um Projeto de Lei Estadual da Reforma, o qual, na época, não obteve sucesso para a sua aprovação devido a entraves de natureza política, no seio da Assembléia Legislativa.

Como conseqüências marcadas pelo conservadorismo e interesses do mercado privado da saúde, obstaculizaram o andamento do processo, verificando-se um

arrefecimento no plano político e nas estratégias de reversão do modelo adotadas pelo Movimento Antimanicomial, além de um retardamento na implantação de outros recursos assistenciais, tais como NAPS, CAPS, Hospital-Dia, Centro de Convivência, Lares Abrigados, Pensões Protegidas (FERREIRA FILHA, 2002).

Em 1997, a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, segundo Ferreira Filha (2002), através da seção de saúde mental, tentou implantar um CAPS em um de seus Distritos Sanitários. Como não houve uma discussão mais ampla com a comunidade onde o serviço estava inserido e os profissionais que lá atuavam não tinham experiência na área, não entendiam a finalidade da proposta, bem como faltavam assessoria, supervisão e treinamento, além de medicamentos e outros tipos de materiais, tal serviço passou a atender uma clientela com demanda de atenção na área de saúde da mulher e da criança, tendo sido posteriormente transformado em uma Unidade Básica de Saúde.

Nesse mesmo período, criou-se o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, numa tendência clara da centralização do poder político administrativo. Em 1998, a SES/PB implantou um Hospital-Dia, dentro do Complexo, na tentativa de mostrar à sociedade que o Governo Estadual tinha interesse de caminhar em direção à desospitalização, e que, conseqüentemente, estava promovendo a reforma do modelo hospitalocêntrico.

Atualmente, fazem parte do Complexo o Sanatório Clifford, o Ambulatório Gutemberg Botelho, o Hospital-Dia Espaço Conviver, a Unidade de Psiquiatria Landoaldo Falcão (BRAGA, 2003).

Por outro lado, sabe-se que a atitude do Governo da Paraíba em manter as estruturas hospitalares e ambulatoriais como modalidades exclusivas de atendimento à saúde mental já não era bem vista no cenário nacional e repercutia mal no cenário político

nordestino onde os estados circunvizinhos se apresentavam com propostas mais inovadoras, dentro do cenário da Reforma Psiquiátrica (FERREIRA FILHA, 2002).

Diante da estagnação das ações do movimento da Reforma Psiquiátrica na Paraíba, o Programa Estadual de Atenção à Saúde Mental estrategicamente buscou criar uma rede diversificada com diferentes níveis de complexidade, e iniciou o processo de desospitalização, substituindo-o por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e criou recursos alternativos para a internação integral.

Dessa forma, o Programa visa, em suas diretrizes, a implantar um modelo de atenção à saúde mental centrado no atendimento extra-hospitalar, descentralizando o atendimento de saúde mental e desenvolvendo ações de saúde mental nos serviços de saúde da rede básica, através do PSF, assegurando o abastecimento e controle dos medicamentos psicotrópicos nos municípios com Programa de Saúde Mental implantado (SANTOS; SANTOS; LIMA, 2001).

A rede de serviços oferecido ao portador de transtorno mental dispõe de assistência em nível hospitalar psiquiátrico, ambulatorial, hospitalar e em comunidade. O Núcleo de Saúde Mental da SES/PB, em todo o estado, centrou os serviços de maior complexidade por macroregiões.

A I Macro, que tem como sede João Pessoa, consta com o Complexo Hospitalar Psiquiátrico Juliano Moreira, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um CAPSad Jovem Cidadão, destinado ao atendimento de jovens dependentes químicos, o Centro de Saúde Cruz das Armas, o Centro de Saúde de Valentina Figueiredo, o PAM – Jaguaribe, o Hospital Universitário – HU, hospitais privados e contratados pelo SUS e o Programa Saúde da Família.

A II Macro, com sede em Campina Grande têm o Núcleo de Assistência Psiquiátrica – NAP e o Centro de Saúde do Catolé, bem como o Programa Saúde da

Família. A III Macro, sediada em Patos, destaca o Centro de Saúde Nabor Wanderley, um CAPS II, um Ambulatório e as Unidades Básicas de Saúde. A IV Macro, em Souza, oferece um CAPS II e outro CAPS ad, destinado ao atendimento de jovens dependentes químicos e os Centro de Saúde.

No Estado da Paraíba, consta, segundo dados da SES/PB/Núcleo de Saúde Mental (2005), com os seguintes serviços de saúde mental: Serviço do CAPS I é prestado nos municípios de Cabedelo, Cajazeiras, Esperança e Juazeirinho, contendo uma unidade cada. O CAPS II apenas João Pessoa, Campina Grande e Sousa oferecem; com relação ao CAPS ad, o Estado só tem duas estrutura que se concentram em João Pessoa e Sousa. Os serviços de Ambulatório e Hospitais privados, apenas João Pessoa e Campina Grande disponibilizam, o que as fazem referência para os demais municípios. O primeiro por sua vez também é referência para os demais municípios que possuem o Programa de Saúde Mental, como também aqueles que não possuem, que são 223 municípios, com os serviços de Hospital Dia e Hospital Público.

Além desses serviços citados, a SES/PB/Núcleo de Saúde Mental conta com 157 municípios com Programa de Saúde Mental, que recebem assessoria técnica desse Núcleo. Esse Núcleo, segundo Costa (2000), desenvolve programas de Atenção ao Transtorno Mental na Rede Básica de Saúde, com vistas à prevenção; Programa de Psicóticos, desenvolvido nos Centros de Saúde e Ambulatórios especializados e o Programa de Atenção ao Dependente Químico, desenvolvido nos CAPS, que buscam prevenir, tratar e reabilitar o dependente químico com abordagem familiar.

Apesar disso, sabe-se que as dificuldades são muitas, principalmente, segundo Santos, Santos e Lima (2001), no que tange ao quantitativo insuficiente de profissionais de saúde especializados. Na grande maioria dos serviços da rede básica, até o momento, ainda predomina o atendimento ambulatorial de maneira precária, centrado nas consultas

individuais e na distribuição de medicamentos. Outro aspecto importante que não pode ser deixado sem registro é o enorme custo que essa prática ocasiona, bem como a cronificação de quadros patológicos.

Pode-se dizer que ainda temos uma política, incipiente, inoperante em termos de mudanças no que diz respeito a reversão do modelo. O modelo ainda é predominantemente biologicista, centrado no atendimento individual, e na distribuição de psicofármacos, pelo menos no que diz respeito aos serviços da atenção básica e da média complexidade. Existem em poucos municípios algumas experiências pontuais de trabalhos com grupos no que diz respeito a promoção da saúde e prevenção do adoecimento e no acompanhamento de egressos das internações, além de atividades de reabilitação e inclusão social. Contudo elas ainda não têm uma visibilidade no cenário estadual.

A Universidade Federal da Paraíba através da área de saúde mental do DESPP desponta com uma experiência na atenção básica de saúde integrada ao PSF, onde a Terapia Comunitária vem sendo tomada como estratégia do cuidado e de enfrentamento de situações de sofrimento vividas no cotidiano. Tal atividade é uma extensão da academia e já vem ocorrendo há mais de um ano. No Ceará ela já existe há mais de 19 anos e atualmente, espalha-se por todo o Brasil. REF Conasem

No momento atual, o que se vê é a falta de prioridade, nas esferas estadual e municipal, para a saúde e principalmente para a saúde mental, centradas unicamente na distribuição de medicamentos como atuação e resolutividade do serviço de saúde.

Diante, do exposto, observa-se a necessidade de uma Política de Saúde Mental que ande em sintonia com a Reforma Psiquiátrica. Falta muito para que o Estado possa ter essa política.

MÉTODO

3.1 Paradigma da Pesquisa

A Epidemiologia, segundo o *Dicionário* específico, trata do estudo da distribuição e dos determinantes dos eventos ou padrões de saúde em populações definidas. Seu foco liga-se tanto à compreensão ou explicação dos fenômenos relacionados com a saúde em populações, quanto à intervenção para se modificar o padrão de saúde dessas populações (BLOCH, COUTINHO, 2002).

Almeida Filho e Rouquayrol (1992) enfatizam que a Associação Internacional de Epidemiologia a define como a “*ciência que estuda os fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas*”. Contudo, esses mesmos autores oferecem uma definição mais ampliada e definem a Epidemiologia como:

Ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação da doença e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2002, p.4).

A Epidemiologia é uma disciplina bastante utilizada no campo da saúde coletiva. Ela subsidia a visão de gestores, técnicos da área, bem como da comunidade em geral para transformar as condições de saúde da população, buscando compreender a relação entre a saúde e a doença como parte da organização social, produzindo e analisando informações, desenvolvendo tecnologias e estratégias de prevenção (LIMA, 2002).

Enquanto ciência, a Epidemiologia também vem desenvolvendo procedimentos metodológicos baseados em modelos estatísticos que buscam identificar as etiologias das doenças (LUIZ; STRUCHINER; KALE, 2002). A Epidemiologia tem sua expressão genérica e particular no contexto das políticas de saúde, principalmente com relação ao compromisso com a construção do SUS, bem como ao processo de municipalização da saúde.

Quando se caracteriza pela insistência em investigar explicitamente os determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como a explicação do mesmo, é considerada epidemiologia social (BARATA, 2005). Esse mesmo autor, ao se referir aos estudos nessa linha, descreve que os mesmos buscam explicar padrões de adoecimento através dos vínculos entre a saúde e a sociedade, como o de Villermé, em 1826, que relacionou as taxas de mortalidade geral nos bairros parisienses à proporção de rendas da população, tendo como indicador seu grau de riqueza ou pobreza. Engels, em 1884, chamou a atenção para a alta mortalidade entre os pobres, dadas às suas situações de precariedade de vida. E os trabalhos de Virchow e Snow, que também associam as condições de vida a processos de adoecimento, fortalecendo a idéia de que os aspectos sociais e seus efeitos têm importância sobre a saúde.

Já a Epidemiologia clínica tem como foco principal o de relacionar a ocorrência e a distribuição com uma série de fatores associados à maioria das pessoas que possuem uma patologia. De um modo geral, os fatores analisados são: a idade, o sexo, o estado civil, a profissão, a posição socioeconômica, o ambiente, bem como o comportamento das doenças. Seguindo o raciocínio da clínica, esses fatores podem ter relação causal entre si com o desenvolvimento de doenças.

No campo do estudo da Epidemiologia social, outros fatores também são vistos como importantes no estabelecimento de correlações, como a organização social e a situação de classe, vistas como geradoras de sofrimento psíquico, pois são variáveis passíveis de “desorganização” (HELMAN, 1994, p.263; SAMPAIO, 1993, p.412).

Diante da construção do ser social e unitário, onde o predomínio e o efeito das coisas sobre si, a Epidemiologia social considera como resultado um certo perfil, denominado por Fonseca e Bertolozzi (1997), típico de saúde-doença definido como perfil epidemiológico, o qual será desenvolvido neste estudo, com o objetivo de compreender o perfil dos portadores de transtornos mentais, bem determinar a prevalência desses transtornos no Estado da Paraíba.

A prevalência é definida como casuísmo de morbidade que se destaca por seus valores maiores que zero sobre os eventos de saúde ou não-doença, sendo um termo descritivo da força com que subsistem as doenças nas coletividades (BARBOSA, 1993).

3.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, considerado do tipo ecológico, observacional e transversal. Denomina-se ecológico por abordar áreas geográficas bem delimitadas, onde se analisam comparativamente variáveis globais, através da correlação entre indicadores de condições de vida e indicadores de situação de saúde. Pode ser caracterizado por ter um desenho agregado-observacional-transversal, primeiramente, por tomar organizações coletivas de qualquer natureza como referência para a definição de sua unidade de informação, em seguida, por implicar um posicionamento passivo, de forma metódica e acurada, dos processos de produção da informação, bem como transversal, por

ter sofrido um corte no momento único no tempo (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

3.3 *Universo da Pesquisa*

Foi tomado como universo do estudo, o Estado da Paraíba, que é formado por 223 municípios. Entretanto, para fins deste estudo, foram selecionados os municípios que, segundo o Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde/PB, desenvolviam o Programa de Saúde Mental e que tinham enviado ao Núcleo os Boletins de Produção Mensal do ano de 2004. Dentre os 223 municípios, 157 constam como tendo o Programa de Saúde Mental. Tais municípios estão distribuídos em 4 Macro-regiões, que são formados, segundo critérios de Regionalização, em 12 Núcleos Regionais de Saúde, conforme distribuídos no Quadro I. Foram considerados neste estudo os 157 municípios com o Programa de Saúde Mental, distribuídos nas seguintes regiões de saúde, conforme o Quadro I.

QUADRO I - Distribuição do quantitativo de Municípios por Região de Saúde no Estado da Paraíba, 2004.

<i>Núcleos Regionais de Saúde</i>	<i>Macroregião de Saúde</i>	<i>Nº. de Municípios com o Programa de Saúde Mental</i>	<i>Total de Municípios</i>
1º	1ª	19	25
2º	1ª	18	26
3º	2ª	34	42
4º	2ª	9	12
5º	2ª	4	16
6º	3ª	21	24
7º	3ª	11	18
8º	4ª	5	10
9º	4ª	11	15
10º	4ª	11	15
11º	3ª	5	7
12º	1ª	10	13

Total	<i>157</i>	<i>223</i>
--------------	------------	------------

Para uma melhor visualização da distribuição dos municípios no Estado da Paraíba e dos municípios que possuem o Programa de Saúde Mental, a Figura 1 apresenta em destaque essa distribuição.

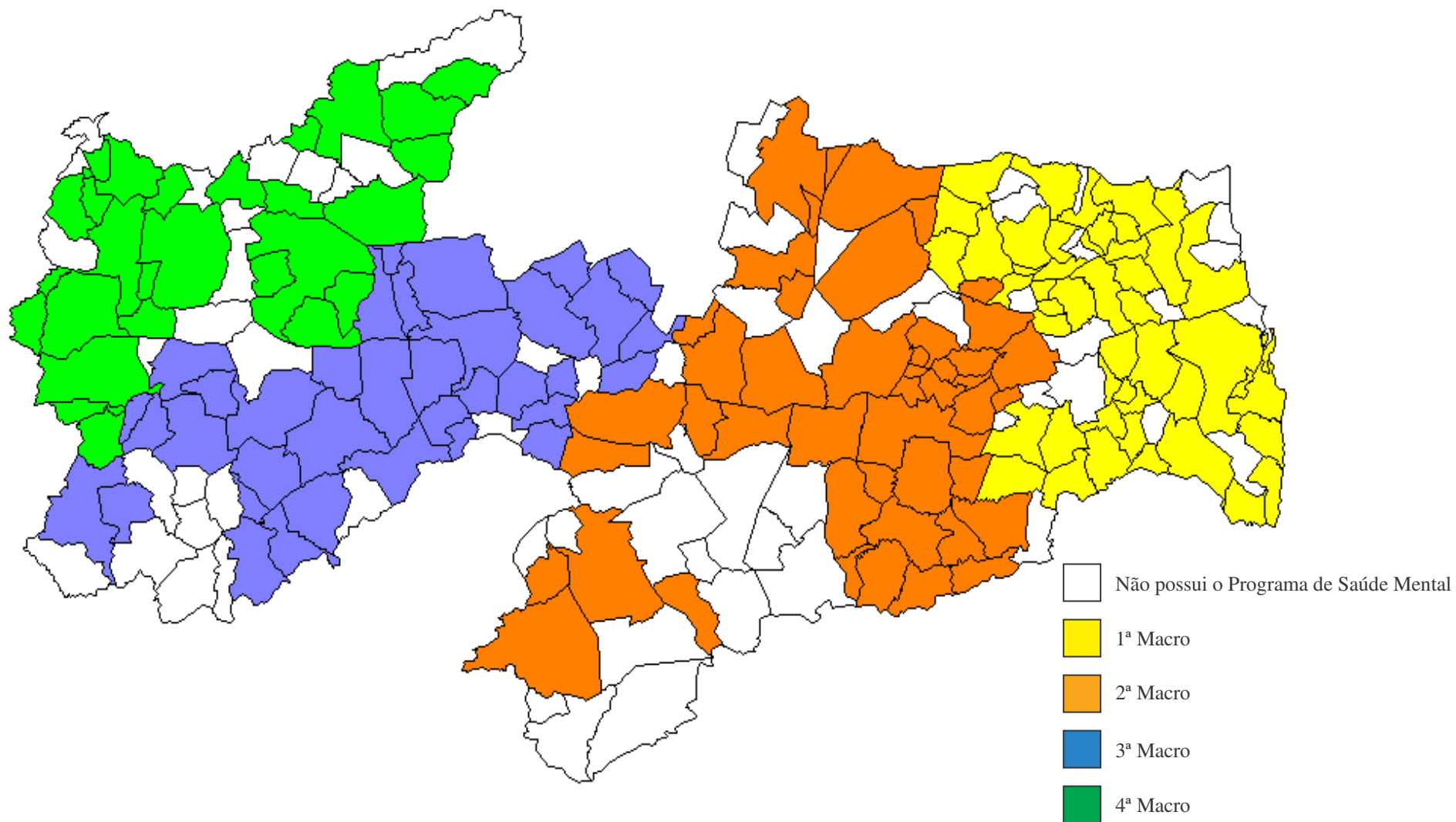


FIGURA 1 – Distribuição dos Municípios no Estado da Paraíba que possuem o Programa de Saúde Mental, segundo as Macrorregiões. Paraíba, 2004.

Crêterios de inclusão dos municípios no estudo

O Estado da Paraíba   constituído de 223 municípios como já enfatizado anteriormente, mas, apenas 157 municípios possuem o Programa de Saúde, apresentados na Figura 1. Para a inclusão desses municípios na pesquisa, foi preciso avaliar-se quais municípios tinham, na Secretaria Estadual de Saúde – SES/PB, cópias dos Boletins Estatísticos Mensais.

Outro aspecto importante utilizado como critério foi o preenchimento dos dados estatísticos pelo município, não sendo obrigatório o preenchimento anual, mas qualquer informa o enviada foi considerada e o município foi considerado incluído no estudo.

Para uma melhor visualiza o de quais municípios se enquadraram nesses critérios, a Figura 3 apresenta os 60 municípios que constituíram a amostra do estudo.

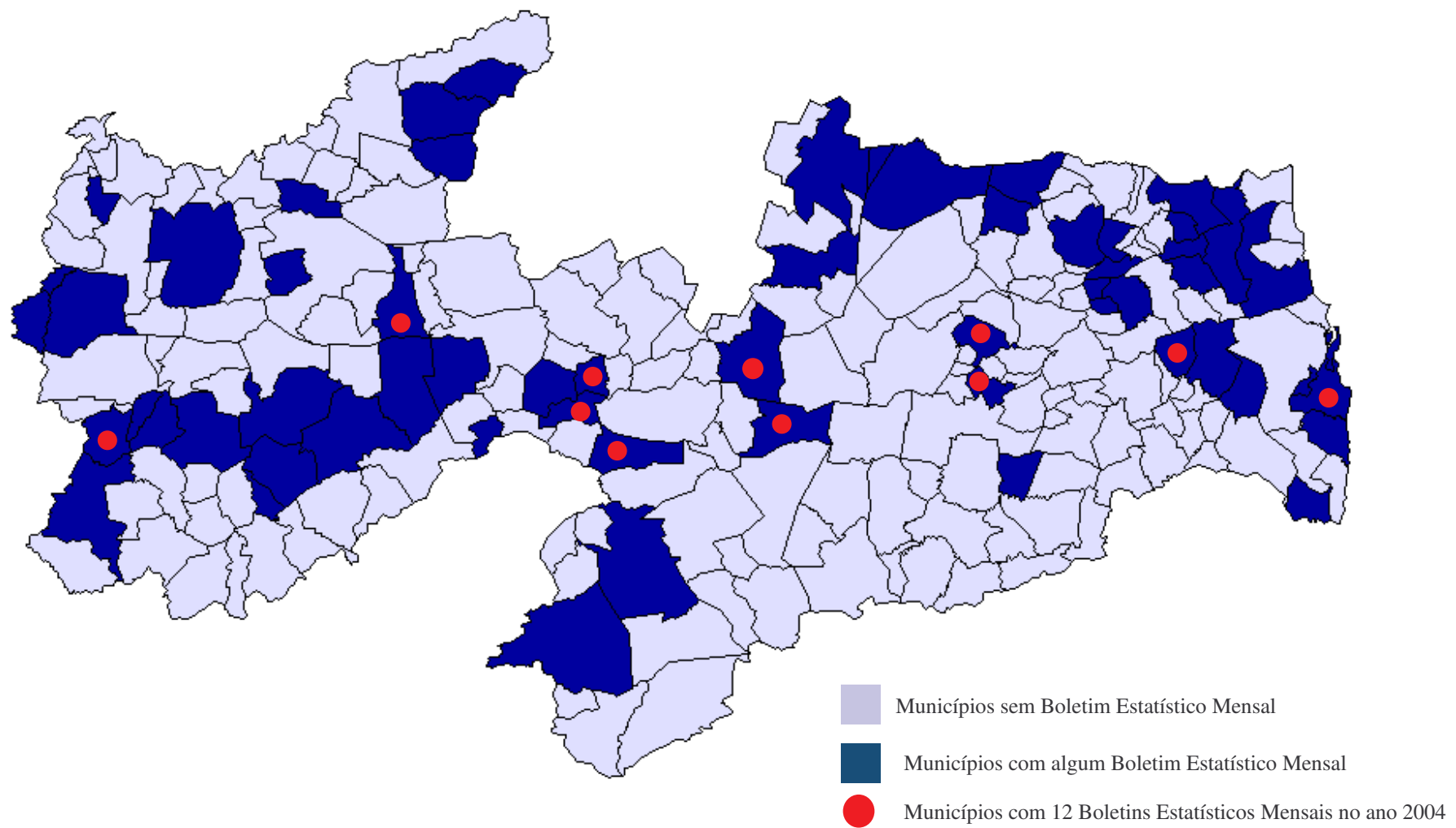


FIGURA 2 – Distribuição dos municípios em que constam Boletins Estatísticos Mensais do Programa de Saúde Mental no Estado da Paraíba, SES/PB, Paraíba, 2004.

3.5 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram denominadas de medidas agregadas, por serem individuais dentro de um grupo, e foram construídas a partir da agregação das mensurações efetuadas no nível individual (MEDRONHO, 2003).

- A variável dependente do presente estudo foi o diagnóstico dos transtornos mentais e as outras foram consideradas independentes;
- Todas as variáveis foram descritas em tabelas de frequência para correção de possíveis inconsistências na coleta e na digitação dos dados;
- Foi verificada a associação e/ou correlação entre todas as variáveis utilizadas no estudo.

3.6 Fonte de Dados

O objetivo inicial do estudo foi trabalhar com os Boletins de Produção Mensal dos Serviços de Saúde Mental referentes aos anos de 2001, 2002, 2003 e 2004. Mas, devido à falta de boletins nos anos de 2001 a 2003, optou-se por trabalhar com os boletins do ano de 2004, em virtude de esses boletins já se encontrarem digitados em planilhas do *Excel for Windows*. O boletim utilizado possuía informações referentes ao diagnóstico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-10, números de casos atendidos e seu percentual, sexo, faixa etária, estado civil, condição ocupacional (se trabalha), conduta terapêutica e procedência (ANEXO A).

3.7 Procedimentos Operacionais para a Coleta dos Dados

Após o contato com a Secretaria Estadual de Saúde/Coordenação do Núcleo de Saúde Mental, para as informações e apresentação do projeto de pesquisa, foram definidos dias e horários para se ter acesso ao material empírico.

A coleta de dados iniciou-se em março de 2005, na Secretaria Estadual de Saúde no Núcleo de Saúde Mental. Inicialmente foi detectado que os 157 municípios não preenchiam todas as informações contidas nos Boletins Mensais. Durante a organização do Banco de Dados do estudo, percebeu-se a falta de Boletins Estatísticos Mensais de quase todos os municípios que tinham o Programa de Saúde Mental implantado. Esse problema foi comunicado à SES/Núcleo de Saúde Mental, que solicitou aos Núcleos de Saúde uma planilha com os dados em pendência, do ano 2004, de todos os municípios da sua abrangência.

Com a realização dessa busca ativa dos Boletins frente aos municípios, foi constatado que muitos deles não estavam enviando seus boletins, acarretando a necessidade de digitação desses novos dados na planilha do *Excel for Windows*. Essa

digitação referente às planilhas do ano de 2004, a partir desse momento, foi feita pela pesquisadora do estudo, para facilitar o desenvolvimento do trabalho.

3.8 Análise dos Dados

Para a análise dos dados foi necessário construir-se um banco de dados, inicialmente digitado no programa *Excel for Windows* e, posteriormente, enviado para o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences – SPSS, Versão 11 para Windows*, que é uma ferramenta computacional de análise estatística de dados, podendo ser aplicado também às ciências da saúde e a outros setores. Os dados serão apresentados a seguir, em forma de frequências, gráficos e tabelas.

No estudo, também foram analisados dados estatísticos oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística– IBGE, bem como informações referentes ao Estado da Paraíba, fornecidos pelo Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde – SES/PB, para serem comparados com os resultados do estudo.

RESULTADOS

4.1 Caracterização do Estado da Paraíba

A Paraíba possui, segundo o Censo 2000 (IBGE/DATASUS, 2005), uma população de 3.443.8253 habitantes, dos quais 2.447.212 compõem a população urbana e 996.613 a população rural. Segundo o sexo, a população masculina é composta por 1.671.978 habitantes e a feminina de 1.771.847. Sua capital situa-se, geograficamente, no meio do litoral nordestino e ostenta o privilégio de ser o centro urbano mais verde do país e a terceira cidade mais antiga do Brasil. É considerada um dos menores Estados do País em extensão, com 56.584 km², que corresponde a 0,6% do território nacional e 3,6% do território nordestino (LIMA, 2002).

Atualmente, possui 223 municípios que estão agrupados em quatro macrorregiões representadas pela região da Mata, da Borborema, do Agreste e do Sertão, em 23 microrregiões e 12 regiões geo-administrativas.

Localizada, segundo Cavalcanti (2000) em uma das regiões mais pobres do País, caracteriza-se pelo subdesenvolvimento e uma estrutura colonial historicamente preservada.

Segundo Lima (2002) o ritmo de crescimento da população diminuindo, crescendo apenas 0,7% ao ano, conseqüência da redução da taxa de fecundidade e da alta taxa de emigração do Estado.

Esse êxodo é significativamente da população economicamente ativa (PEA), em especial os adultos jovens do sexo masculino, devido a falta de emprego e a presença de longos períodos de estiagem (LIMA, 2002).

Em 1970, a população paraibana encontrava-se no campo, cerca de 58% de habitantes. A partir de 1980, inicia-se uma inversão do quadro, ocorrendo uma redução de 64,8% para 50,0% no setor primário. Essa mão de obra foi para o setor terciário que cresceu de 26,4% para 37,0%.

A nível educacional, elemento visto como essencial quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, a Paraíba, em 2000, com relação ao percentual de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas, encontra-se em terceiro lugar, com 28,25% no âmbito nacional e regional. Com relação ao percentual de pessoas de 15 anos ou mais com menos de quatro anos de estudo, apresenta-se em quarto lugar com 46,89% (BRASIL, 2004).

O quadro acima mostra o baixo nível escolar e o elevado índice de analfabetismo no que afetam, de forma negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo em contextos sanitários coletivos (BRASIL, 2004).

Ao nível de saúde, a configuração regional e assistencial, está dividida em 12 Núcleos Regionais de Saúde – NRS, com Sede nos municípios de João Pessoa (1º), Guarabira (2º), Campina Grande (3º), Cuité (4º), Monteiro (5º), Patos (6º), Piancó (7º), Catolé do Rocha (8º), Cajazeiras (9º), Sousa (10º), Princesa Isabel (11º) e Itabaiana (12º).

Essa divisão foi tomada, pelo Planejamento da SES/PB, como modelo estratégico para viabilizar investimentos no Setor Saúde (PARAÍBA/SETOR SAÚDE, 2005).

A ESF estar presente nos 60 municípios que participaram dessa pesquisa, perfazendo 42,2% do total, equivale a 395 Unidade, em 2003.

Nos municípios que não há 100% de cobertura do Programa de Saúde da Família, o atendimento à saúde é prestado em qualquer unidade de saúde, sem ser necessário o critério da população por área de abrangência da equipe. Em alguns municípios, esse serviço é o único prestado a comunidade, com apenas uma unidade de saúde.

A ESF está consolidada em todo o Estado e o Programa de Saúde Mental, em expansão, está presente em 70,4% dos municípios. Quanto a taxa de crescimento populacional e a mortalidade geral do Estado é de 0,72% e 8,02% por mil habitantes (2000-2003), destacando-se a primeira como a mais baixa do Nordeste enquanto a segunda é vista como alta, comparando-se com outros Estados.

Com relação ao desemprego, a taxa na Paraíba, em 2003, foi de 9,2% ocupando o quarto lugar no panorama nordestino (IBGE/DATASUS, 2005).

O Estado da Paraíba demonstra, nos dados descritos pela SES/PB, um crescimento quantitativo no Setor Saúde, o que não é garantido por ações de prevenção, promoção e reabilitação em saúde.

4.2 Perfil do Serviço de Saúde Mental

A análise dos Boletins Estatísticos Mensais de 60 municípios paraibanos revelou que, no ano de 2004, foram feitos 61.873 atendimentos, dos quais 4.371 (7,1%) são de primeira consulta, enquanto 57.253 (92,7%) são consultas subseqüentes.

Essa informação, referente à frequência com que o usuário se dirige ao serviço, caracteriza o tipo da clientela do Programa de Saúde Mental nos municípios paraibanos, ou seja, pessoas em situação de doença, que buscam o tratamento psiquiátrico.

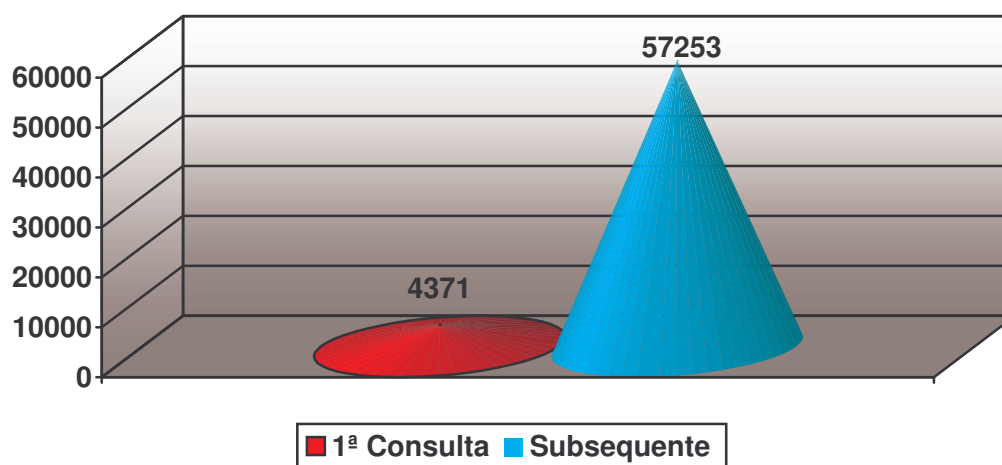


GRÁFICO 1 – Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental em municípios paraibanos, segundo tipo de consulta. Paraíba, 2004.

Observa-se, no Gráfico 1, que os usuários atendidos no Programa de Saúde Mental em municípios paraibanos apresentam, com maior frequência, o tipo de consulta subseqüente, ou seja, o retorno. Esclarecemos que a consulta subseqüente geralmente ocorre em média após 30 dias da consulta anterior e que, portanto, há um ciclo de idas e vindas ao consultório médico que se repete mensalmente. Assim nos boletins foi registrado o número de atendimentos realizados mensalmente e não o número de casos atendidos por

mês, no serviço. Seria interessante investigar-se o número de vezes que as pessoas retornam ao serviço/mês/ano. Contudo os dados existentes não nos permitiram fazer essa avaliação.

4.3 Perfil sócio - demográfico

Dos 61.873 atendimentos feitos nos 60 municípios paraibanos que fizeram parte do estudo, após a análise dos Boletins Estatísticos Mensais, ficou evidenciado que 30.046 (48,7%) atendimentos foram de pessoas do sexo feminino e 31.827 (51,3%) do sexo masculino. Embora seja quase insignificante a diferença percentual entre os dois sexos, registramos um maior percentual entre o sexo masculino, como mostra o Gráfico 2.

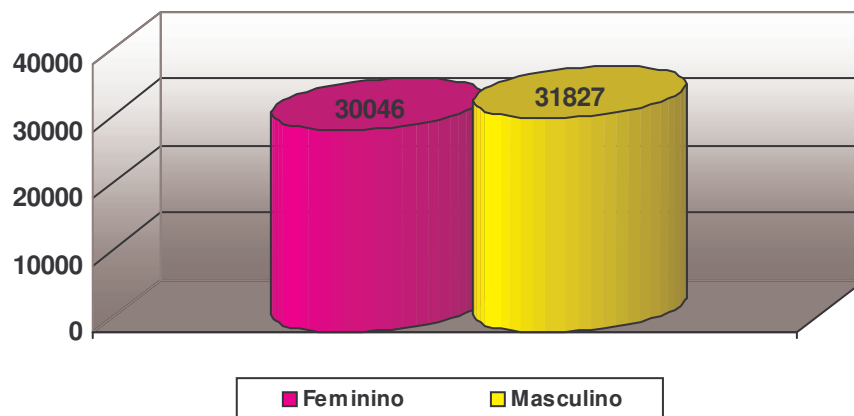


GRÁFICO 2 – Distribuição da frequência do número de casos atendidos/ número de atendimentos realizados no Programa de Saúde Mental em municípios paraibanos, segundo o sexo. Paraíba, 2004.

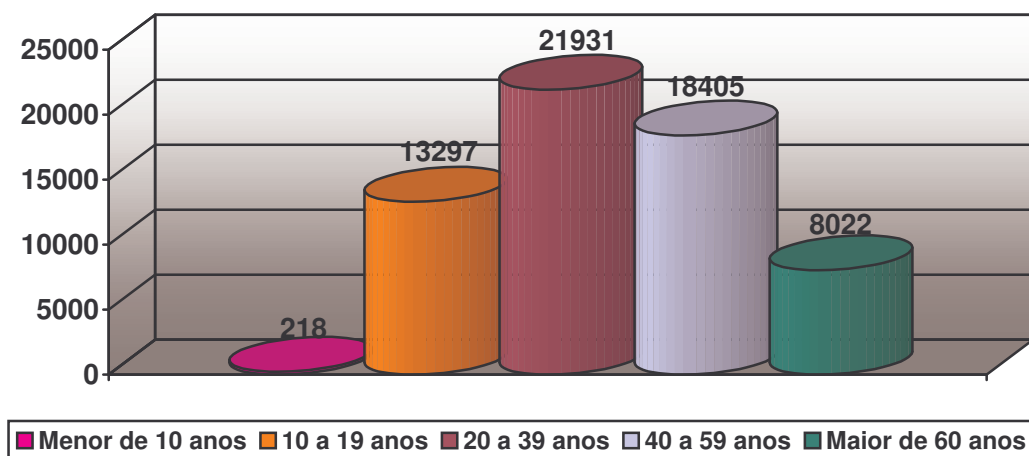


GRÁFICO 3 – Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental em municípios paraibanos, segundo a faixa etária. Paraíba, 2004.

Na distribuição da faixa etária, foi utilizada a escala contida no Boletim Estatístico Mensal, que a SES/PB tem como planilha de controle do Programa de Saúde Mental no Estado da Paraíba. Tal escala contém cinco faixas de idade: menores de 10 anos, de 10 a 19 anos, de 20 a 39 anos, de 40 a 59 anos e maiores de 60 anos. Analisando o Gráfico 3, evidencia-se que as faixas etárias de maior frequência foram: a de 20 a 39 anos, com 21.931 (35,4%) usuários e a de 40 a 59 anos, com 18.405 (29,7%), seguidas, em terceiro lugar, pela a faixa etária de 10 a 19 anos, com 13.297 usuários (21,5%).

A predominância da faixa de 20 a 39 anos corresponde ao período do ciclo vital, no qual as pessoas se encontram mais produtivas, conseqüentemente, sofrem maior pressão social, pelo fato de terem que estar no mercado de trabalho, constituir família e contribuir socialmente. A evidência de que crianças, menores de 10 anos, com 218 (0,3%) casos, e idosos maiores de 60 anos, com 8.022 (13%) estarem procurando atendimento em saúde

mental, devido a processos de adoecimento é um alerta para se pensar na prevenção e na qualidade de vida dos idosos.

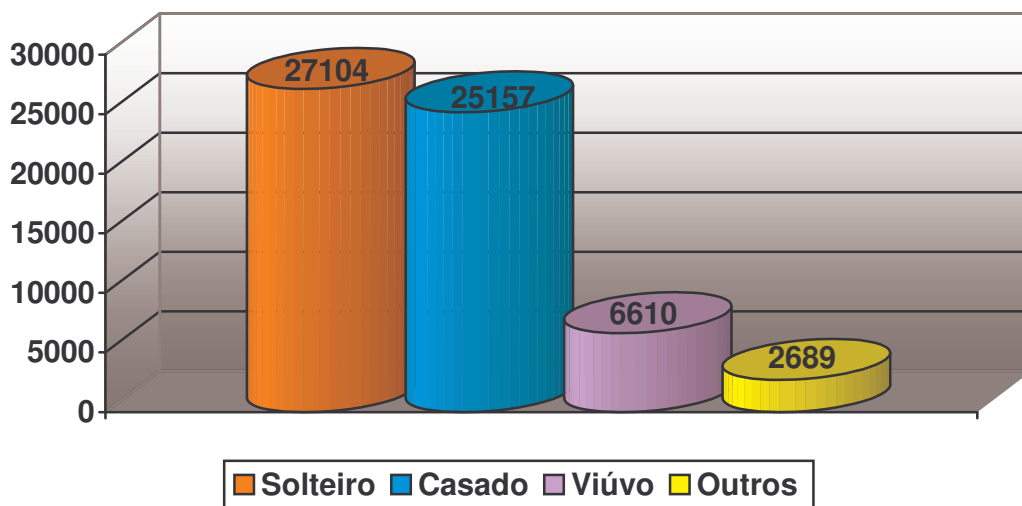


GRÁFICO 4 – Distribuição da freqüência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental em municípios paraibanos, segundo estado civil. Paraíba, 2004.

No Gráfico 4, a distribuição por estado civil, da população estudada, evidencia um maior percentual de solteiros, com 27.104 (44,0%) casos, seguidos dos casados, com 25.157 (40,7%). Vale ressaltar que foram excluídos desse gráfico, dados incompletos e/ou confusos que perfazem um total de 313 (0,5%). A predominância do índice de solteiros e casados na população estudada foi também encontrada em estudos de Torres, Pompei e Kerr-Correia (1989) e Medeiros (2004), os quais a atribuíram à consequência do aumento da responsabilidade familiar e social. **É interessante observar que a faixa etária predominante da população do estudo, foi de 20 a 39 anos, período em que a maioria dos indivíduos também se encontra solteiros ou casados.**

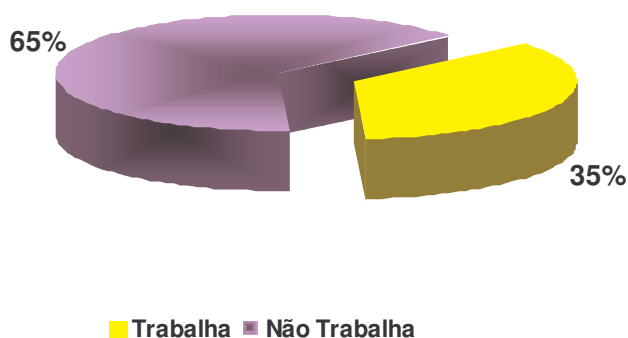


GRÁFICO 5 – Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental em municípios paraibanos, segundo situação empregatícia. Paraíba, 2004.

No que diz respeito à situação empregatícia, que é referida pelo Boletim Estatístico Mensal como a condição de se estar ou não trabalhando, a maior frequência foi entre os que não trabalham, com 65% do número de casos, enquanto 35% estavam trabalhando. Essa informação proporciona uma reflexão acerca do fato de que as doenças mentais geralmente geram incapacitação para o trabalho e resultam em uma carga econômica para a família, a sociedade e o Estado (CAVALCANTE; NÓBREGA; DINIZ, 2004).

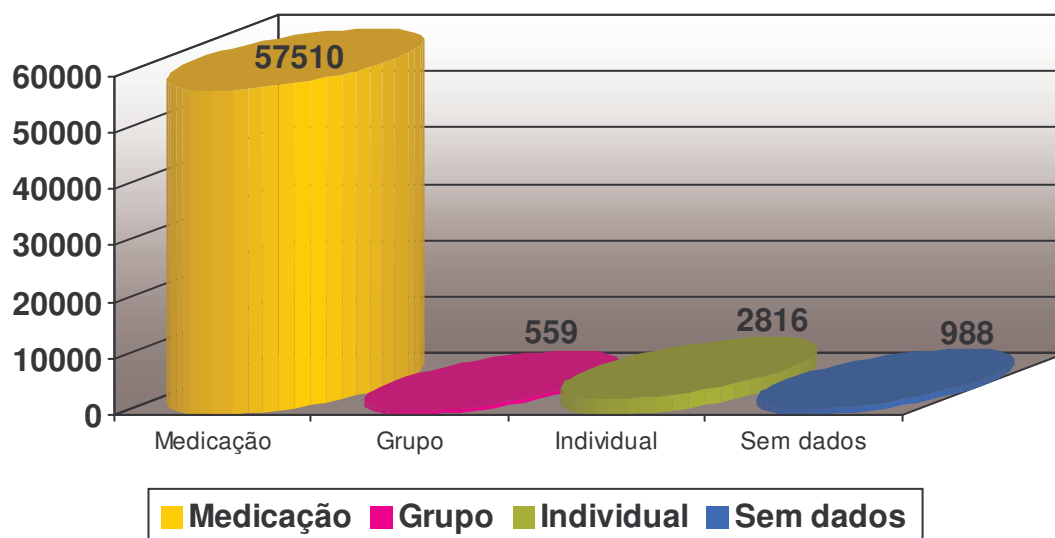


GRÁFICO 6 – Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental em municípios paraibanos, segundo tipo de conduta. Paraíba, 2004.

O tipo de conduta terapêutica que os serviços de saúde mental oferecem nos municípios paraibanos é prioritariamente a medicamentosa, pois quase o total dos usuários 57.510 (92,9%) foi atendido nessa modalidade. A conduta terapêutica individual foi realizada em 2.816 (4,5%) dos usuários, sendo importante mencionar que em 988 (1,6%) usuários não havia informação sobre o tipo de conduta terapêutica utilizada.

Esse gráfico retrata o tipo de atendimento e as ações que são oferecidas no Programa de Saúde Mental dos municípios pesquisados, ou seja, predomina a distribuição de medicamentos, em detrimento de outras atividades como terapias grupais, aconselhamento individual, psicoterapia, atendimento domiciliar, oficinas terapêuticas (arte, escrita, expressão corporal, redução de consumo de medicamentos, etc). Em parte isto se deve à carência de profissionais com competência para atuar com uma visão de reabilitação e inclusão social, conforme apontam os discursos e práticas mais avançadas em direção a reforma psiquiátrica. Por outro lado, há a necessidade de o profissional

atender a demanda da população que muitas vezes vai ao consultório em busca da receita. Existe no imaginário da população uma associação entre médico competente e receita para em busca do remédio para aliviar as dores da alma. Esse é um paradoxo que os serviços de saúde alimentam cotidianamente.

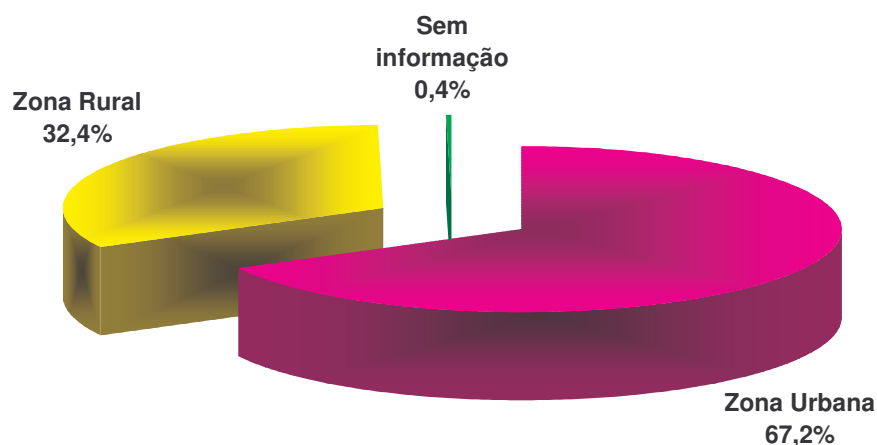


GRÁFICO 7 – Distribuição da frequência do número de casos atendidos no Programa de Saúde Mental em municípios paraibanos, segundo zona de residência. Paraíba, 2004.

O Gráfico 7 refere-se à procedência dos usuários, segundo o tipo de zona territorial: rural ou urbana. Nos 60 municípios que enviaram os Boletins Estatísticos Mensais à SES/PB, ficou evidenciada a procedência maior da população da zona urbana, representando 67,2%, ou 41.560 usuários. Esse resultado já era esperado, primeiramente pelo fato de a população estar concentrada na zona urbana, segundo, porque geralmente as pessoas da zona urbana sofrem maiores pressões econômicas e financeiras para sobreviver com dignidade, o que repercute diretamente na sua saúde mental. Contudo vale a pena destacar o número de usuários que procedem da zona rural em busca de cuidados

relacionados com a sua saúde mental, o que pode mostrar que o sofrimento psíquico tem atingido as populações, indistintamente da área geográfica e que outras variáveis podem ser analisadas nessas populações distintas.

4.4 Prevalência de Transtornos Mentais

TABELA 1 – Distribuição do número de casos do Serviço de Saúde Mental, segundo o Diagnóstico médico. Estado da Paraíba/Pb, 2004.

Diagnóstico CID10		Nº de casos	%
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	2.422	4,0
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas	1.393	2,3
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	15.075	24,4
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	9.560	15,4
F40-F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	12.030	19,4
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos	3.816	6,2
F70-F79	Retardo Mental	1.443	2,3
F99	Transtorno mental não específico	646	1,0
G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	13.591	22,0
G90-G99	Outros transtornos do sistema nervoso	519	0,8
	Outros*	1.378	2,2

Total	61.873	100,00
--------------	---------------	---------------

*Sem CID-10; **I10-I15** Doenças Hipertensivas; **F80-F89** Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; **G50-G59** Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; **R30-R39** Sintomas e Sinais relativos ao aparelho urinário; **E14** Diabetes mellitus; **G30-G32** Outras doenças degenerativas do sistema nervoso; **I60-I69** Doenças cerebrovasculares; **G80-G83** Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; **I70-I79** Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares; **R47-R49** Sintomas e sinais relativos à fala e à voz; **R50-R69** Sintomas e sinais gerais; **R25-R29** Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervosos e osteomuscular; **L80-L99** Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo; **J60-J70** Doenças pulmonares devidas a agentes externos; **I26-I28** Doenças cardíacas, pulmonar e da circulação pulmonar; **G60-G64** Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; **G20-G26** Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; **F60-F69** Transtornos da Personalidade e do comportamento do adulto; **R40-R46** Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento; **F90-F98** Transtornos do Comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

Na Tabela 1, segundo a variável diagnóstico médico, em todos os municípios do Estado que implantaram o Programa Saúde Mental, predominam a Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 15.075 casos (24,4%), em seguida os Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 13.591 casos (22,0%) e os Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (40-F49) que estão representados por 12.030 casos (19,4%).

TABELA 2 – Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo o sexo feminino. Estado da Paraíba/Pb, 2004.

Diagnóstico CID10	Nº de casos	%
-------------------	-------------	---

		Feminino	
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	994	3,3
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas	1.125	3,7
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	7.621	25,4
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	4.308	14,3
F40-F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	5.558	18,5
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos	1.298	4,3
F70-F79	Retardo Mental	682	2,3
F99	Transtorno mental não específico	226	0,8
G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	7.382	24,6
G90-G99	Outros transtornos do sistema nervoso	191	0,6
	Outros*	661	2,2
Total		30.046	100,0

*Sem CID-10; **I10-I15** Doenças Hipertensivas; **F80-F89** Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; **G50-G59** Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; **R30-R39** Sintomas e Sinais relativos ao aparelho urinário; **E14** Diabetes mellitus; **G30-G32** Outras doenças degenerativas do sistema nervoso; **I60-I69** Doenças cerebrovasculares; **G80-G83** Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; **I70-I79** Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares; **R47-R49** Sintomas e sinais relativos à fala e à voz; **R50-R69** Sintomas e sinais gerais; **R25-R29** Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervosos e osteomuscular; **L80-L99** Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo; **J60-J70** Doenças pulmonares devidas a agentes externos; **I26-I28** Doenças cardíacas, pulmonar e da circulação pulmonar; **G60-G64** Polineuropatias e outros

transtornos do sistema nervoso periférico; **G20-G26** Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; **F60-F69** Transtornos da Personalidade e do comportamento do adulto; **R40-R46** Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento; **F90-F98** Transtornos do Comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

Do cruzamento dos diagnósticos médicos com o sexo feminino descrito na Tabela 2, resultou como predominância número de casos de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 7.621 (25,4%), e Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 7.382 (24,6%). Os Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes representaram 5.558 (18,5%) casos, e os Transtornos do humor (afetivos) (F30-F39), 4.308 (14,3%).

TABELA 3 – Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo o sexo masculino. Estado da Paraíba/Pb, 2004.

Diagnóstico CID10		Nº de casos	%
		Masculino	
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	1.428	4,5
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas	268	0,8
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	7.454	23,4
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	5.252	16,5
F40-F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	6.472	20,3

F50-F59	Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos	2.518	8,0
F70-F79	Retardo Mental	761	2,4
F99	Transtorno mental não específico	420	1,3
G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	6.209	19,5
G90-G99	Outros transtornos do sistema nervoso	328	1,0
	Outros*	717	2,3
Total		31.827	100,0

*Sem CID-10; **I10-I15** Doenças Hipertensivas; **F80-F89** Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; **G50-G59** Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; **R30-R39** Sintomas e Sinais relativos ao aparelho urinário; **E14** Diabetes mellitus; **G30-G32** Outras doenças degenerativas do sistema nervoso; **I60-I69** Doenças cerebrovasculares; **G80-G83** Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; **I70-I79** Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares; **R47-R49** Sintomas e sinais relativos à fala e à voz; **R50-R69** Sintomas e sinais gerais; **R25-R29** Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervosos e osteomuscular; **L80-L99** Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo; **J60-J70** Doenças pulmonares devidas a agentes externos; **I26-I28** Doenças cardíacas, pulmonar e da circulação pulmonar; **G60-G64** Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; **G20-G26** Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; **F60-F69** Transtornos da Personalidade e do comportamento do adulto; **R40-R46** Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento; **F90-F98** Transtornos do Comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

Com relação ao sexo masculino, a Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29) apresentam-se, novamente, com o maior número de casos, 7.454 (23,4%), seguidos pelos Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F49), com 6.472 (20,3%), enquanto os Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47) ocupam o terceiro lugar, com 6.209 (19,5%) e os

transtornos do humor (afetivos) (F30-F39), com 5.252 ou 16,5% , sendo esses os diagnósticos predominantes.

Comparando-se os resultados da Tabela 2 e Tabela 3, observa-se que, nas mulheres, há uma predominância de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), além de Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F40-F49), enquanto nos homens a predominância maior foi de Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47) e de Transtornos do humor (afetivos) (F30-F39).

TABELA 4 – Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo a faixa etária, do Estado da Paraíba/Pb, 2004.

	Diagnóstico CID10	<10 anos	10-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	>60 anos
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	26	332	849	761	454
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas	0	208	629	433	123
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	8	3.871	5.575	4.096	1.531
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	20	1.294	3.460	3.206	1.581
F40-F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	24	2.088	4.053	4.289	1.563
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas	2	121	815	1.747	1.130

com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos

F70-F79	Retardo Mental	1	342	629	327	144
F99	Transtorno mental não específico	0	203	244	122	76
G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	134	4.535	5.090	2.808	1.023
G90-G99	Outros transtornos do sistema nervoso	0	27	171	195	126
	Outros*	3	279	403	425	268
Total		218	13.300	21.918	18.409	8.019

*Sem CID-10; **I10-I15** Doenças Hipertensivas; **F80-F89** Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; **G50-G59** Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; **R30-R39** Sintomas e Sinais relativos ao aparelho urinário; **E14** Diabetes mellitus; **G30-G32** Outras doenças degenerativas do sistema nervoso; **I60-I69** Doenças cerebrovasculares; **G80-G83** Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; **I70-I79** Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares; **R47-R49** Sintomas e sinais relativos à fala e à voz; **R50-R69** Sintomas e sinais gerais; **R25-R29** Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervosos e osteomuscular; **L80-L99** Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo; **J60-J70** Doenças pulmonares devidas a agentes externos; **I26-I28** Doenças cardíacas, pulmonar e da circulação pulmonar; **G60-G64** Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; **G20-G26** Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; **F60-F69** Transtornos da Personalidade e do comportamento do adulto; **R40-R46** Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento; **F90-F98** Transtornos do Comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

Na Tabela 4, a variável faixa etária, teve como resultados um maior número de casos, quando relacionada com a **faixa etária menor de 10 anos**; os Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), apresentou 134 (61,5%) casos; na **faixa etária de 10 a 19 anos** predomina o mesmo diagnóstico: os Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com maior número de casos 4.535 (34,1%), seguidos pela Esquizofrenia, transtornos

esquizotípicos e delirantes (F20-F29) com 3.871 (29,1%) casos. Para a **faixa etária de 20 a 39 anos**, predominou a Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 5.575 (25,4%) casos, seguidos pelos Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 5.090 (23,2%) casos. Na **faixa etária de 40 a 59 anos** há prevalência de Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F40-F49), com 4.289 (23,3%) casos, seguidos pela Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 4.096 (22,2%) casos. Na **faixa etária de maiores de 60 anos**, ficou evidenciada a predominância de Transtornos de humor (afetivo) (F30-F39), com 1.581 (19,7%) casos, Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F40-F49), com 1.563 (19,5%) casos e a Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 1.531 (19,1%) casos.

TABELA 5 – Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo o estado civil. Estado da Paraíba/Pb, 2004.

Diagnóstico CID10		Solteiro	Casado	Viúvo	Outros
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	1.002	1.199	165	57
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas	787	453	58	87
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	7.099	5.830	1.489	616
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	3.427	4.284	1.200	624
F40-F49	Transtornos neuróticos, transtornos	4.525	5.353	1.566	399

relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes					
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos	784	2.263	576	191
F70-F79	Retardo Mental	706	638	56	25
F99	Transtorno mental não específico	343	232	66	5
G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	7.318	4.321	1.303	621
G90-G99	Outros transtornos do sistema nervoso	265	214	40	0
	Outros*	848	368	93	64
Total		27.104	25.155	6.612	2.689

*Sem CID-10; **I10-I15** Doenças Hipertensivas; **F80-F89** Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; **G50-G59** Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; **R30-R39** Sintomas e Sinais relativos ao aparelho urinário; **E14** Diabetes mellitus; **G30-G32** Outras doenças degenerativas do sistema nervoso; **I60-I69** Doenças cerebrovasculares; **G80-G83** Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; **I70-I79** Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares; **R47-R49** Sintomas e sinais relativos à fala e à voz; **R50-R69** Sintomas e sinais gerais; **R25-R29** Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervosos e osteomuscular; **L80-L99** Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo; **J60-J70** Doenças pulmonares devidas a agentes externos; **I26-I28** Doenças cardíacas, pulmonar e da circulação pulmonar; **G60-G64** Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; **G20-G26** Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; **F60-F69** Transtornos da Personalidade e do comportamento do adulto; **R40-R46** Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento; **F90-F98** Transtornos do Comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

De acordo com a Tabela 5, observa-se que os dados obtidos com o cruzamento do estado civil e o diagnóstico médico evidenciam que há, nos **solteiros**, uma predominância

de Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 7.318 (27,0%) casos; Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 7.099 (26,2%) casos; Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F40-F49), com 4.525 (16,7%) casos.

Com relação ao estado civil **casado**, 5.830 (23,2%) casos tiveram diagnóstico médico de Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), seguidos por 5.353 (21,3%) casos com Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F40-F49). Os Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47) apresentam 4.321 (17,2%) casos e os Transtornos do humor -afetivos (F30-F39), 4.284 (17,0%) casos.

Nos **viúvos**, os diagnósticos médicos prevalente são os Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F40-F49), com 1.566 (23,7%) casos, seguidos pela Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29) e os Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 1.489 (22,5%) casos e 1.303 (19,7%) respectivamente.

Na categoria **outros**, existe uma predominância dos diagnósticos médicos: Transtornos do humor -afetivos (F30-F39), com 624 (23,2%) casos, seguidos pelos Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 621 (23,1%) casos e, em terceiro lugar, a Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 616 (22,9%) casos.

TABELA 6 – Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo a condição de trabalhar ou não. Estado da Paraíba/Pb, 2004.

Diagnóstico CID10		Sim	Não
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	745	1.677
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas	346	1.047
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	6.134	8.941
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	3.882	5.678
F40-F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	4.138	7.892
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos	1.762	2.054
F70-F79	Retardo Mental	195	1.248
F99	Transtorno mental não específico	206	440
G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	3.743	9.848
G90-G99	Outros transtornos do sistema nervoso	246	273
	Outros*	485	884
Total		21.891	39.982

*Sem CID-10; **I10-I15** Doenças Hipertensivas; **F80-F89** Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; **G50-G59** Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; **R30-R39** Sintomas e Sinais relativos ao aparelho urinário; **E14** Diabetes mellitus; **G30-G32** Outras doenças degenerativas do sistema nervoso; **I60-I69** Doenças cerebrovasculares; **G80-G83** Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; **I70-I79** Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares; **R47-R49** Sintomas e sinais relativos à fala e à voz; **R50-R69** Sintomas e sinais gerais; **R25-R29** Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervosos e osteomuscular; **L80-L99** Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo; **J60-J70** Doenças pulmonares devidas a agentes externos; **I26-I28** Doenças cardíacas, pulmonar e da circulação pulmonar; **G60-G64** Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; **G20-G26** Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; **F60-F69** Transtornos da Personalidade e do comportamento do adulto; **R40-R46** Sintomas e sinais relativos

à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento; **F90-F98** Transtornos do Comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

Quanto à variável condição de estar ou não trabalhando, a Tabela 6 descreve a distribuição dos diagnósticos médicos, entre os que trabalham e os que estão sem trabalhar. Nessa correlação, observou-se predominância de transtornos entre os que não trabalham. Os diagnósticos de maior prevalência são os Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 9.848 (24,6%) casos, seguidos pela Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 8.941 (22,3%) casos e os Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F40-F49), com 7.892 (19,7%) casos.

TABELA 7 – Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo o tipo de consulta. Estado da Paraíba/Pb, 2004.

Diagnóstico CID10		1 ^a	Subseqüente
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	182	2.240
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas	305	1.088
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	549	14.503
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	1000	8.548
F40-F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	905	10.941
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos	371	3.445

F70-F79	Retardo Mental	89	1.350
F99	Transtorno mental não específico	41	605
G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	735	12.830
G90-G99	Outros transtornos do sistema nervoso	71	448
	Outros*	122	1.256
Total		4.370	57.254

*Sem CID-10; **I10-I15** Doenças Hipertensivas; **F80-F89** Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; **G50-G59** Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; **R30-R39** Sintomas e Sinais relativos ao aparelho urinário; **E14** Diabetes mellitus; **G30-G32** Outras doenças degenerativas do sistema nervoso; **I60-I69** Doenças cerebrovasculares; **G80-G83** Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; **I70-I79** Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares; **R47-R49** Sintomas e sinais relativos à fala e à voz; **R50-R69** Sintomas e sinais gerais; **R25-R29** Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervosos e osteomuscular; **L80-L99** Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo; **J60-J70** Doenças pulmonares devidas a agentes externos; **I26-I28** Doenças cardíacas, pulmonar e da circulação pulmonar; **G60-G64** Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; **G20-G26** Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; **F60-F69** Transtornos da Personalidade e do comportamento do adulto; **R40-R46** Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento; **F90-F98** Transtornos do Comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

Na Tabela 7, a variável tipo de consulta, quando cruzada com o diagnóstico médico, mostra uma tendência de crescimento do número de casos observada na primeira consulta e a tendência à cronificação, na consulta do tipo subsequente. Nesta última observou-se que o maior percentual de consultas subsequentes refere-se à Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 14.503 atendimentos, seguidos pelos Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 12.830 e em terceiro lugar, os

Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F40-F49), com 10.941 atendimentos.

Na primeira consulta, observa-se a predominância de Transtornos do humor (afetivos) (F30-F39), com 1.000 atendimentos, seguidos dos Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F40-F49), com 905 atendimentos e em terceiro lugar os Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 735 atendimentos.

TABELA 8 – Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo a conduta terapêutica. Estado da Paraíba/Pb, 2004.

Diagnóstico CID10		Med.	%	Grup.	%	Ind.	%
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	2.297	4,0	2	0,4	45	1,6
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas	798	1,4	266	47,6	299	10,6
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	13.936	24,2	50	9,0	507	18,0
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	8.902	15,5	117	21,0	403	14,3
F40-F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	11.369	19,8	38	6,8	379	13,5

F50-F59	Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos	3.564	6,2	30	5,3	24	0,8
F70-F79	Retardo Mental	1.423	2,5	5	0,9	28	1,0
F99	Transtorno mental não específico	252	0,4	21	3,7	372	13,2
G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	13.083	22,7	16	2,8	466	16,5
G90-G99	Outros transtornos do sistema nervoso	519	0,9	0	-	0	-
	Outros*	1.367	2,4	14	2,5	293	10,4
Total		57.510	100	559	100	2.816	100

*Sem CID-10; **I10-I15** Doenças Hipertensivas; **F80-F89** Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; **G50-G59** Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; **R30-R39** Sintomas e Sinais relativos ao aparelho urinário; **E14** Diabetes mellitus; **G30-G32** Outras doenças degenerativas do sistema nervoso; **I60-I69** Doenças cerebrovasculares; **G80-G83** Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; **I70-I79** Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares; **R47-R49** Sintomas e sinais relativos à fala e à voz; **R50-R69** Sintomas e sinais gerais; **R25-R29** Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervosos e osteomuscular; **L80-L99** Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo; **J60-J70** Doenças pulmonares devidas a agentes externos; **I26-I28** Doenças cardíacas, pulmonar e da circulação pulmonar; **G60-G64** Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; **G20-G26** Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; **F60-F69** Transtornos da Personalidade e do comportamento do adulto; **R40-R46** Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento; **F90-F98** Transtornos do Comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

Quanto à variável conduta terapêutica, a Tabela 8 enfatiza o predomínio da conduta medicamentosa, em todos os casos, perfazendo 94,5% do total apresentado na tabela que é de 60.885 casos. Isso mostra a permanência da tendência de medicalização do Programa de Saúde Mental e a falta de ações de prevenção, de controle e redução do uso de

medicamentos, gerando uma cronificação do adoecimento, bem como o acesso fácil à medicação psicotrópica. Vale ressaltar que em 988 casos não havia informação sobre a conduta terapêutica.

TABELA 9 – Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Serviço de Saúde Mental, segundo a procedência, do Estado da Paraíba/Pb, 2004.

	Diagnóstico CID10	Urbana	%	Rural	%
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	1.763	4,2	657	3,3
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas	1.065	2,6	320	1,6
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	9.452	22,8	5.577	27,8
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	6.795	16,3	2.720	13,5
F40-F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	8.601	20,7	3.320	16,6
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos	2.768	6,7	1.054	5,2
F70-F79	Retardo Mental	789	1,9	644	3,2
F99	Transtorno mental não específico	554	1,3	92	0,5
G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	8.363	20,1	5.188	25,9
G90-G99	Outros transtornos do sistema nervoso	433	1,0	86	0,4
	Outros*	977	2,3	402	2,0
Total		41.560	100	20.060	100

*Sem CID-10; **I10-I15** Doenças Hipertensivas; **F80-F89** Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; **G50-G59** Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; **R30-R39** Sintomas e Sinais relativos ao aparelho urinário; **E14** Diabetes mellitus; **G30-G32** Outras doenças degenerativas do sistema nervoso; **I60-I69** Doenças cerebrovasculares; **G80-G83** Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; **I70-I79** Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares; **R47-R49** Sintomas e sinais relativos à fala e à voz; **R50-R69**

Sintomas e sinais gerais; **R25-R29** Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervosos e osteomuscular; **L80-L99** Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo; **J60-J70** Doenças pulmonares devidas a agentes externos; **I26-I28** Doenças cardíacas, pulmonar e da circulação pulmonar; **G60-G64** Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; **G20-G26** Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; **F60-F69** Transtornos da Personalidade e do comportamento do adulto; **R40-R46** Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento; **F90-F98** Transtornos do Comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

De acordo com a Tabela 9, na população procedente da zona urbana, predominou o diagnóstico médico de Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 9.452 atendimentos (22,8%), seguido dos Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F40-F49), com 8.601 (20,7%) atendimentos dos Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 8.363 (20,1%) atendimentos e do Transtorno do humor (F30-F39), com 6.795 (16,3%). Na população procedente da zona rural, houve prevalência do diagnóstico médico de Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 5.577 atendimentos (27,8%), entretanto os Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 5.188 (25,9%) atendimentos, predominaram sobre os Transtornos neuróticos, relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F40-F49), com 3.320 (16,6%) atendimentos e transtorno do humor (F30-F39), com 2.720 (13,5%). Pode-se inferir que não houve variância significativa quanto ao tipo de transtorno em relação à procedência.

DISCUSSÃO

Com base nos dados apresentados em relação ao número de atendimentos realizados no ano de 2004, em 60 municípios paraibanos que possuem o Programa de Saúde Mental, observou-se que o registro dos dados evidencia a predominância do atendimento do tipo consulta subsequente, caracterizado pelo acompanhamento à clientela que está em tratamento medicamentoso.

Esclarecemos que para efeito da análise dos dados não foi possível separar os casos que estavam em acompanhamento mensal, trimestral ou semestral. Portanto, pressupomos que no registro há uma superestimação do número de casos atendidos, tendo caracterizado a prevalência dos transtornos mentais e conseqüentemente o perfil do programa de saúde mental nos municípios analisados, os quais têm priorizado o atendimento à clientela consumidora de psicofármacos.

Como se trata de analisar dados produzidos nos serviços de saúde da atenção básica dos municípios pesquisados, pode-se inferir que há um grande contingente populacional que busca o serviço de saúde periodicamente em busca da receita. Essa realidade é retratada em vários municípios da região Nordeste, onde o antigo PISAM, criou uma cultura da medicalização do sofrimento emocional e dos problemas sociais (FERREIRA FILHA, 2002).

Fazemos aqui uma reflexão no que se refere à lógica da indústria farmacêutica que opera criando situações indesejáveis, o que era uma condição, passa a ser um estado. Sabemos que o Ministério da Saúde tem como meta suprir os Estados e Municípios com medicação psicotrópica para que se possa fazer o acompanhamento e tratamento daqueles que dela necessitam. Contudo, o que chama atenção é o fato da terapia medicamentosa

sobressair-se em relação a outras formas de terapias, por conseguinte, influenciando na determinação da prevalência dos transtornos mentais aqui evidenciados.

Podemos dizer que existe uma contradição entre as ações de saúde mental desenvolvidas nos municípios e o que preconiza a reforma psiquiátrica brasileira. No momento atual em que a Política Nacional de Saúde Mental, busca implementar o modelo de atenção a saúde mental de base comunitária, onde a promoção da saúde a prevenção, o cuidado com a pessoa em situação de sofrimento a reabilitação e inclusão social dos usuários, devem ser temas norteadores de ações da práxis transformadora, o que se verifica é a medicalização do sofrimento, evidenciando um retrocesso a momentos históricos que se pensava já ultrapassados.

Todavia, na prática o que existe é uma cronificação de quadros psicopatológicos e comportamentais que podem ser reversíveis. A maioria dos usuários estão sendo mantidos nos serviços, com prescrição de medicamentos e retornos subseqüentes para manutenção do tratamento, que muitas vezes se reflete na repetição da prescrição anterior, sem avaliação do tratamento e da relação risco benefício.

Outro aspecto que chama atenção nos dados diz respeito ao perfil sócio-demográfico da população que não apresentou diferenças significativas entre os sexos. Diferente da maioria dos estudos epidemiológicos (LANCMAN, 1997; SANTANA; ALMEIDA FILHO; MARI, 1988; ANDRADE, 2004), já enfatizados em capítulo anterior, há predominância do sexo feminino nos serviços de saúde, justificada pelo fato de a mulher adoecer mais e se declarar enferma com mais facilidade do que os homens (ROUQUAYROL, 1993).

Merece ser ressaltado que a mulher vem sofrendo mudanças no seu papel na sociedade, que a faz submeter-se a uma carga crescente de estresse ocasionada por exercer

atividades que eram específicas do sexo masculino e não ter abdicado das funções que já exerciam. Tudo isso, aliado ainda ao maior envolvimento hormonal devido a sua estrutura orgânica, à violência doméstica e sexual em expansão, contribui para maior suscetibilidade a desenvolver transtornos mentais e fazer uso de medicação psicotrópica (OPAS/OMS, 2001).

A população do estudo se encontra com maior frequência na faixa etária entre 20 a 39 anos e 40 a 59 anos, onde, segundo a OPAS/OMS (2001), 10% dos transtornos mentais e comportamentais estão presentes na fase adulta. Entretanto, há uma considerada população na faixa etária de 10 a 19 anos que apresenta transtornos mentais. Esse último dado corrobora os estudos da OPAS/OMS (2001), que alerta para a tendência de aumento da ocorrência de transtornos mentais na infância e na adolescência, e também, para a alta prevalência de distúrbios na velhice. Quanto ao estado civil viu-se que a ocorrência maior de transtornos mentais ocorre nos solteiros.

Esses dados referentes à faixa etária e ao estado civil também foram encontrados nos estudos de Medeiros (2004) e Torres, Pompei e Kerr-Corrêa (1989), enfocando a não existência significativa da diferença entre o estado civil, pois em tais estudos encontrou-se uma população, na sua maioria, de solteiros.

O estudo mostrou, com relação à condição de estar ou não trabalhando, que o percentual de usuários que não trabalham era significativamente maior do que o dos que trabalham, evidenciando a relação doença mental/incapacidade/improdutividade. Por outro lado, não podemos deixar de mencionar o fato de que as unidades de saúde da família, geralmente funcionam apenas no horário diurno. Esta realidade pode ter influenciado estatisticamente no resultado encontrado, pois a população de trabalhadores, com outras ocupações diurnas, dificilmente vão aos serviços de saúde em seu horário de trabalho.

Como não foi possível identificar a ocupação dessas pessoas, pois no Boletim não tinha esse dado, ficando difícil fazer correlações probabilísticas entre trabalho e ocupação. Contudo tendo em vista que a prevalência do número de casos atendidos foi maior entre os portadores de Esquizofrenia, transtornos neuróticos, somatoformes, relacionados com o “stress” e transtornos episódicos e paroxísticos, ou seja, pessoas com comprometimento maior da saúde mental, pois tanto a esquizofrenia como o stress são considerados na literatura como doenças incapacitantes, era de se esperar um número maior de casos entre os que não trabalham. O transtorno episódico e paroxístico apesar do ponto de vista clínico não ser considerado como incapacitante, na cultura persiste o preconceito com relação ao fato da pessoa que tem crises convulsivas não poder trabalhar, tornando-se portanto um incapacitado, legitimado socialmente.

As pessoas geralmente apresentam sintomas inquietadores de seu próprio distúrbio, e sofrem por estarem limitadas para realizar as atividades de trabalho e lazer. Tal limitação muitas vezes associa-se a discriminação social e faz com que a pessoa perca a estima de si, sentindo-se incapacitado até para realizar pequenas tarefas no âmbito doméstico e da higiene pessoal.

A OPAS/OMS (2001) reforça que essa incapacidade ocorre tanto na participação de atividades de trabalho como de lazer e são muitas vezes decorrentes da discriminação familiar e social. Viu-se também que o impacto dos transtornos mentais e comportamentais estende-se para além da esfera econômica e social, mas também sobre o padrão de vida dos indivíduos e de seus familiares.

Na família há sempre aquele que cuida do parente, e este, muitas vezes perde oportunidades de emprego e compromissos que afetam o seu pleno potencial; o impacto na comunidade é visto através da falta de provisão da atenção, traduzida na dificuldade de

convivência entre vizinhos com parentes portadores de transtornos mentais, muitas vezes acarretando problemas legais.

Na área social geralmente ocorre sérias perdas: de emprego, de convivência com amigos, de lazer; e no emocional, por não conseguir, na sua maioria, constituir família, e quando existe um núcleo familiar existe o impacto com situações que geram vergonha, arrependimento por comportamentos irracionais.

Diante deste panorama, onde a condição de apresentar um transtorno mental produz no indivíduo a sensação de não poder arcar com algum tipo de responsabilidade, seja sua, da sua família ou de seus amigos, faz com ele sintam-se um fardo para os demais, conseqüentemente, torna-se uma frustração, uma questão de não realização pessoal e profissional. E, para muitos, passa a ser um ônus para seus familiares.

Ao trabalhar com os dados que proporcionaram estimar a prevalência de transtornos mentais na população estudada, revelou-se, através da pesquisa, que, por ordem decrescente do número de casos atendidos, predominou, em primeiro lugar, a Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 15.075 casos (24,4%), em segundo, os Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 13.591 casos (22,0%) e, em seguida, os Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (40-F49) que estão representados por 12.030 casos (19,4%).

Esses achados são descritos, não na mesma ordem, como os transtornos comuns que geralmente causam incapacitação, pela OPAS/OMS (2001), como os Transtornos Depressivos, os Transtornos do uso de substâncias, Esquizofrenia, Epilepsia, Doença de Alzheimer, Retardo mental e Transtornos da infância e da adolescência.

O predomínio de casos de Esquizofrenia corrobora os estudos de Silva, Coutinho, Amarante (1999), Gomes et al. (2002), realizados com internos de hospitais psiquiátricos e de uma instituição asilar, no Rio de Janeiro, e o estudo de Cavalcante, Nóbrega e Diniz (2003), realizado em Recife/Pe, também em um hospital psiquiátrico. Todos eles utilizaram um questionário que continha avaliação clínico-assistencial, bem como dados para o trabalho do perfil epidemiológico. (Emilene, veja que este estudo trata de analisar dados produzidos por Unidades de Saúde da Rede Básica e não dos hospitais !!!!!!!!!!!)

Outro dado visto como interessante é a presença significativa de casos com o diagnóstico médico de Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47). Esse dado corrobora a pesquisa desenvolvida por Medeiros (2004), em um município do interior do Estado da Paraíba, onde foi identificada a prevalência desse mesmo transtorno na população estudada, que freqüentava o serviço de saúde responsável pelo atendimento à clientela portadora de transtornos mentais. Esse resultado levou à possibilidade de realização de outros estudos de profundidade para se analisar esse dado, pois os Transtornos paroxísticos não são citados na literatura como de alta prevalência.

Não podemos também deixar de mencionar o fato de os Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, não terem aparecidos significativamente nos dados analisados. Isso nos chama a atenção pois sabemos que o uso abusivo de álcool e outras drogas psicoativas é muito alto entre a população brasileira de um modo geral. Contudo também refletimos que a demanda criada pelos programas de saúde mental nos municípios está diretamente vinculada a distribuição da medicação e esta exclui o cuidado com o usuário que consome drogas.

Acreditamos que os serviços de saúde dos municípios deveriam estar melhor preparados para também acolher esta clientela, pois já existe estudos na literatura que

mostram que pessoas com este tipo de transtorno podem receber tratamento de desintoxicação no seu domicílio pela equipe de saúde da atenção básica.

Com relação ao aspecto social e pessoal da população do estudo, pode-se afirmar que ela é também comprometida, demonstrada pela grande presença de solteiros, com diagnósticos de Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47); Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29) e os Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F49). De maneira geral, os transtornos aparecem com prevalência na faixa etária de 20 a 39 anos, **faixa etária dos solteiros e casados**.

Portanto, enfatizou-se a existência de usuários, com quadros crônicos, na faixa etária considerada produtiva, com os diagnósticos prevalentes de Esquizofrenia e Transtornos delirantes, com maior número de psicoses, e os Transtornos paroxísticos, que se referem, na grande maioria, a casos de epilepsia. Esses casos, quando não são bem tratados, levam a cronicidade, mas é possível desenvolverem-se programas de reabilitação, visando à inclusão dessas pessoas em alguma atividade econômica que lhes garantam a própria manutenção de sua existência, ou seja, apesar de se ter encontrado um grande número de cronificados, ainda é possível implantar-se e praticar-se a Política de Saúde Mental, que tem como primeiro passo o rompimento do estigma que associa doença mental - improdutividade.

Ainda com relação ao diagnóstico dos três maiores transtornos mentais, é preciso destacar-se que o diagnóstico em saúde mental é muito impreciso e sofre grande influência da subjetividade e da qualificação de quem o realiza, sendo ainda processual e não deve ser fechado em apenas um momento.

Nos serviços de saúde que estão sendo oferecidos na realidade de quem já atuou neles, o que se presencia são profissionais que adentram os serviços de saúde objetivando

uma carreira ou aumento de seu poder aquisitivos. São profissionais que possuem especialização, mas que, na realidade, não se identificam com a área de saúde mental, muitas vezes adotando-a para não perder sua função ou até adquirir outras. São profissionais que estão, tanto no serviço como no gerenciamento e planejamento das ações e que pensam e crêem que serviços de saúde cheios, com medicação e com muitas consultas, funcionam.

Todos esses pontos ressaltados, no levam a refletir sobre o modelo de atenção a saúde mental que vem sendo viabilizado através da atenção básica de saúde. Nesse contexto reconhecemos que o cuidado com a saúde mental ainda é precário e que o modelo vigente ainda é totalmente biomédico onde a consulta médica e o medicamento são as ferramentas utilizadas para dar “resolutividade” aos casos que buscam tais serviços, sendo um caminho totalmente inverso ao que foi traçado e almejado pela Reforma Psiquiátrica.

Após essa reflexão, questionamos: o Programa de Saúde Mental nos municípios está servindo a quem? Aos interesses lucrativos da indústria de fármacos ou à população carente de informação e de cuidados com a sua saúde? Seria interessante que a maioria dos profissionais que atuam nos Programas de Saúde Mental passasse a compreender o significado do processo de adoecimento, pois como observa Sampaio (1998, p.125), com o qual concorda-se seguramente, esse é

[...] um processo dinâmico, particular, de expressão das condições de vida de uma população qualificada, em determinada organização social. Representam as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências para enfrentar desafios, agressões, conflitos, mudanças.

Diante complexidade do fenômeno saúde doença mental, acreditamos que é necessário considerar os múltiplos fatores que podem estar envolvidos no processo de adoecimento. Vivemos atualmente em uma sociedade que não suporta as tristezas, as

frustrações, as perdas... Esses sentimentos são inerentes à condição humana e devem ser sentidos, conhecidos e expressados pelas pessoas sem que isso seja considerado patológico. Muitas vezes a tendência é medicalizar sem buscar compreender a subjetividade do outro. O diagnóstico psiquiátrico é essencialmente subjetivo e nele estão implícitos valores da cotidianidade, relacionados com as formas de conduta e comportamentos que podem ser aceitos ou não em uma determinada cultura.

È necessário ir além do olhar simplista, linear. O desafio é compreender o outro em sua totalidade, com suas necessidades, crenças, como ator e agente das modificações históricas que determinam o surgimento de doenças e a busca da saúde ou de uma qualidade de vida. Portanto, é imprescindível cuidar do portador de transtorno mental em nível local, dentro de seu ambiente social, sem afastá-lo da comunidade, utilizando técnicas que permitam aumentar as suas aptidões de autocuidado, almejando alianças saudáveis, onde o indivíduo possa aprender a conviver com suas limitações, tendo para si uma rede de serviço que ofereça atendimento qualificado, contínuo, integral e digno. É o que se precisa realizar.

DISCUSSÃO

Com base nos dados apresentados em relação ao número de atendimentos realizados no ano de 2004, em 60 municípios paraibanos que possuem o Programa de Saúde Mental, observou-se que o registro dos dados evidencia a predominância do atendimento do tipo consulta subsequente, caracterizado pelo acompanhamento à clientela que está em tratamento medicamentoso.

Esclarecemos que para efeito da análise dos dados não foi possível separar os casos que estavam em acompanhamento mensal, trimestral ou semestral. Portanto, pressupomos que no registro há uma superestimação do número de casos atendidos, tendo caracterizado a prevalência dos transtornos mentais e conseqüentemente o perfil do programa de saúde mental nos municípios analisados, os quais têm priorizado o atendimento à clientela consumidora de psicofármacos.

Como se trata de analisar dados produzidos nos serviços de saúde da atenção básica dos municípios pesquisados, pode-se inferir que há um grande contingente populacional que busca o serviço de saúde periodicamente em busca da receita. Essa realidade é retratada em vários municípios da região Nordeste, onde o antigo PISAM, criou uma cultura da medicalização do sofrimento emocional e dos problemas sociais (FERREIRA FILHA, 2002).

Fazemos aqui uma reflexão no que se refere à lógica da indústria farmacêutica que opera criando situações indesejáveis, o que era uma condição, passa a ser um estado. Sabemos que o Ministério da Saúde tem como meta suprir os Estados e Municípios com medicação psicotrópica para que se possa fazer o acompanhamento e tratamento daqueles que dela necessitam. Contudo, o que chama atenção é o fato da terapia medicamentosa

sobressair-se em relação a outras formas de terapias, por conseguinte, influenciando na determinação da prevalência dos transtornos mentais aqui evidenciados.

Podemos dizer que existe uma contradição entre as ações de saúde mental desenvolvidas nos municípios e o que preconiza a reforma psiquiátrica brasileira. No momento atual em que a Política Nacional de Saúde Mental, busca implementar o modelo de atenção a saúde mental de base comunitária, onde a promoção da saúde a prevenção, o cuidado com a pessoa em situação de sofrimento a reabilitação e inclusão social dos usuários, devem ser temas norteadores de ações da práxis transformadora, o que se verifica é a medicalização do sofrimento, evidenciando um retrocesso a momentos históricos que se pensava já ultrapassados.

Todavia, na prática o que existe é uma cronificação de quadros psicopatológicos e comportamentais que podem ser reversíveis. A maioria dos usuários estão sendo mantidos nos serviços, com prescrição de medicamentos e retornos subseqüentes para manutenção do tratamento, que muitas vezes se reflete na repetição da prescrição anterior, sem avaliação do tratamento e da relação risco benefício.

Outro aspecto que chama atenção nos dados diz respeito ao perfil sócio-demográfico da população que não apresentou diferenças significativas entre os sexos. Diferente da maioria dos estudos epidemiológicos (LANCMAN, 1997; SANTANA; ALMEIDA FILHO; MARI, 1988; ANDRADE, 2004), já enfatizados em capítulo anterior, há predominância do sexo feminino nos serviços de saúde, justificada pelo fato de a mulher adoecer mais e se declarar enferma com mais facilidade do que os homens (ROUQUAYROL, 1993).

Merece ser ressaltado que a mulher vem sofrendo mudanças no seu papel na sociedade, que a faz submeter-se a uma carga crescente de estresse ocasionada por exercer

atividades que eram específicas do sexo masculino e não ter abdicado das funções que já exerciam. Tudo isso, aliado ainda ao maior envolvimento hormonal devido a sua estrutura orgânica, à violência doméstica e sexual em expansão, contribui para maior suscetibilidade a desenvolver transtornos mentais e fazer uso de medicação psicotrópica (OPAS/OMS, 2001).

A população do estudo se encontra com maior frequência na faixa etária entre 20 a 39 anos e 40 a 59 anos, onde, segundo a OPAS/OMS (2001), 10% dos transtornos mentais e comportamentais estão presentes na fase adulta. Entretanto, há uma considerada população na faixa etária de 10 a 19 anos que apresenta transtornos mentais. Esse último dado corrobora os estudos da OPAS/OMS (2001), que alerta para a tendência de aumento da ocorrência de transtornos mentais na infância e na adolescência, e também, para a alta prevalência de distúrbios na velhice. Quanto ao estado civil viu-se que a ocorrência maior de transtornos mentais ocorre nos solteiros.

Esses dados referentes à faixa etária e ao estado civil também foram encontrados nos estudos de Medeiros (2004) e Torres, Pompei e Kerr-Corrêa (1989), enfocando a não existência significativa da diferença entre o estado civil, pois em tais estudos encontrou-se uma população, na sua maioria, de solteiros.

O estudo mostrou, com relação à condição de estar ou não trabalhando, que o percentual de usuários que não trabalham era significativamente maior do que o dos que trabalham, evidenciando a relação doença mental/incapacidade/improdutividade. Por outro lado, não podemos deixar de mencionar o fato de que as unidades de saúde da família, geralmente funcionam apenas no horário diurno. Esta realidade pode ter influenciado estatisticamente no resultado encontrado, pois a população de trabalhadores, com outras ocupações diurnas, dificilmente vão aos serviços de saúde em seu horário de trabalho.

Como não foi possível identificar a ocupação dessas pessoas, pois no Boletim não tinha esse dado, ficando difícil fazer correlações probabilísticas entre trabalho e ocupação. Contudo tendo em vista que a prevalência do número de casos atendidos foi maior entre os portadores de Esquizofrenia, transtornos neuróticos, somatoformes, relacionados com o “stress” e transtornos episódicos e paroxísticos, ou seja, pessoas com comprometimento maior da saúde mental, pois tanto a esquizofrenia como o stress são considerados na literatura como doenças incapacitantes, era de se esperar um número maior de casos entre os que não trabalham. O transtorno episódico e paroxístico apesar do ponto de vista clínico não ser considerado como incapacitante, na cultura persiste o preconceito com relação ao fato da pessoa que tem crises convulsivas não poder trabalhar, tornando-se portanto um incapacitado, legitimado socialmente.

As pessoas geralmente apresentam sintomas inquietadores de seu próprio distúrbio, e sofrem por estarem limitadas para realizar as atividades de trabalho e lazer. Tal limitação muitas vezes associa-se a discriminação social e faz com que a pessoa perca a estima de si, sentindo-se incapacitado até para realizar pequenas tarefas no âmbito doméstico e da higiene pessoal.

A OPAS/OMS (2001) reforça que essa incapacidade ocorre tanto na participação de atividades de trabalho como de lazer e são muitas vezes decorrentes da discriminação familiar e social. Viu-se também que o impacto dos transtornos mentais e comportamentais estende-se para além da esfera econômica e social, mas também sobre o padrão de vida dos indivíduos e de seus familiares.

Na família há sempre aquele que cuida do parente, e este, muitas vezes perde oportunidades de emprego e compromissos que afetam o seu pleno potencial; o impacto na comunidade é visto através da falta de provisão da atenção, traduzida na dificuldade de

convivência entre vizinhos com parentes portadores de transtornos mentais, muitas vezes acarretando problemas legais.

Na área social geralmente ocorre sérias perdas: de emprego, de convivência com amigos, de lazer; e no emocional, por não conseguir, na sua maioria, constituir família, e quando existe um núcleo familiar existe o impacto com situações que geram vergonha, arrependimento por comportamentos irracionais.

Diante deste panorama, onde a condição de apresentar um transtorno mental produz no indivíduo a sensação de não poder arcar com algum tipo de responsabilidade, seja sua, da sua família ou de seus amigos, faz com ele sintam-se um fardo para os demais, conseqüentemente, torna-se uma frustração, uma questão de não realização pessoal e profissional. E, para muitos, passa a ser um ônus para seus familiares.

Ao trabalhar com os dados que proporcionaram estimar a prevalência de transtornos mentais na população estudada, revelou-se, através da pesquisa, que, por ordem decrescente do número de casos atendidos, predominou, em primeiro lugar, a Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 15.075 casos (24,4%), em segundo, os Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47), com 13.591 casos (22,0%) e, em seguida, os Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (40-F49) que estão representados por 12.030 casos (19,4%).

Esses achados são descritos, não na mesma ordem, como os transtornos comuns que geralmente causam incapacitação, pela OPAS/OMS (2001), como os Transtornos Depressivos, os Transtornos do uso de substâncias, Esquizofrenia, Epilepsia, Doença de Alzheimer, Retardo mental e Transtornos da infância e da adolescência.

O predomínio de casos de Esquizofrenia corrobora os estudos de Silva, Coutinho, Amarante (1999), Gomes et al. (2002), realizados com internos de hospitais psiquiátricos e de uma instituição asilar, no Rio de Janeiro, e o estudo de Cavalcante, Nóbrega e Diniz (2003), realizado em Recife/Pe, também em um hospital psiquiátrico. Todos eles utilizaram um questionário que continha avaliação clínico-assistencial, bem como dados para o trabalho do perfil epidemiológico. (Emilene, veja que este estudo trata de analisar dados produzidos por Unidades de Saúde da Rede Básica e não dos hospitais !!!!!!!!!!!)

Outro dado visto como interessante é a presença significativa de casos com o diagnóstico médico de Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47). Esse dado corrobora a pesquisa desenvolvida por Medeiros (2004), em um município do interior do Estado da Paraíba, onde foi identificada a prevalência desse mesmo transtorno na população estudada, que freqüentava o serviço de saúde responsável pelo atendimento à clientela portadora de transtornos mentais. Esse resultado levou à possibilidade de realização de outros estudos de profundidade para se analisar esse dado, pois os Transtornos paroxísticos não são citados na literatura como de alta prevalência.

Não podemos também deixar de mencionar o fato de os Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, não terem aparecidos significativamente nos dados analisados. Isso nos chama a atenção pois sabemos que o uso abusivo de álcool e outras drogas psicoativas é muito alto entre a população brasileira de um modo geral. Contudo também refletimos que a demanda criada pelos programas de saúde mental nos municípios está diretamente vinculada a distribuição da medicação e esta exclui o cuidado com o usuário que consome drogas.

Acreditamos que os serviços de saúde dos municípios deveriam estar melhor preparados para também acolher esta clientela, pois já existe estudos na literatura que

mostram que pessoas com este tipo de transtorno podem receber tratamento de desintoxicação no seu domicílio pela equipe de saúde da atenção básica.

Com relação ao aspecto social e pessoal da população do estudo, pode-se afirmar que ela é também comprometida, demonstrada pela grande presença de solteiros, com diagnósticos de Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47); Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29) e os Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F49). De maneira geral, os transtornos aparecem com prevalência na faixa etária de 20 a 39 anos, faixa etária dos solteiros e casados.

Portanto, enfatizou-se a existência de usuários, com quadros crônicos, na faixa etária considerada produtiva, com os diagnósticos prevalentes de Esquizofrenia e Transtornos delirantes, com maior número de psicoses, e os Transtornos paroxísticos, que se referem, na grande maioria, a casos de epilepsia. Esses casos, quando não são bem tratados, levam a cronicidade, mas é possível desenvolverem-se programas de reabilitação, visando à inclusão dessas pessoas em alguma atividade econômica que lhes garantam a própria manutenção de sua existência, ou seja, apesar de se ter encontrado um grande número de cronificados, ainda é possível implantar-se e praticar-se a Política de Saúde Mental, que tem como primeiro passo o rompimento do estigma que associa doença mental - improdutividade.

Ainda com relação ao diagnóstico dos três maiores transtornos mentais, é preciso destacar-se que o diagnóstico em saúde mental é muito impreciso e sofre grande influência da subjetividade e da qualificação de quem o realiza, sendo ainda processual e não deve ser fechado em apenas um momento.

Nos serviços de saúde que estão sendo oferecidos na realidade de quem já atuou neles, o que se presencia são profissionais que adentram os serviços de saúde objetivando

uma carreira ou aumento de seu poder aquisitivos. São profissionais que possuem especialização, mas que, na realidade, não se identificam com a área de saúde mental, muitas vezes adotando-a para não perder sua função ou até adquirir outras. São profissionais que estão, tanto no serviço como no gerenciamento e planejamento das ações e que pensam e crêem que serviços de saúde cheios, com medicação e com muitas consultas, funcionam.

Todos esses pontos ressaltados, no levam a refletir sobre o modelo de atenção a saúde mental que vem sendo viabilizado através da atenção básica de saúde. Nesse contexto reconhecemos que o cuidado com a saúde mental ainda é precário e que o modelo vigente ainda é totalmente biomédico onde a consulta médica e o medicamento são as ferramentas utilizadas para dar “resolutividade” aos casos que buscam tais serviços, sendo um caminho totalmente inverso ao que foi traçado e almejado pela Reforma Psiquiátrica.

Após essa reflexão, questionamos: o Programa de Saúde Mental nos municípios está servindo a quem? Aos interesses lucrativos da indústria de fármacos ou à população carente de informação e de cuidados com a sua saúde? Seria interessante que a maioria dos profissionais que atuam nos Programas de Saúde Mental passasse a compreender o significado do processo de adoecimento, pois como observa Sampaio (1998, p.125), com o qual concorda-se seguramente, esse é

[...] um processo dinâmico, particular, de expressão das condições de vida de uma população qualificada, em determinada organização social. Representam as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências para enfrentar desafios, agressões, conflitos, mudanças.

Diante complexidade do fenômeno saúde doença mental, acreditamos que é necessário considerar os múltiplos fatores que podem estar envolvidos no processo de adoecimento. Vivemos atualmente em uma sociedade que não suporta as tristezas, as

frustrações, as perdas... Esses sentimentos são inerentes à condição humana e devem ser sentidos, conhecidos e expressados pelas pessoas sem que isso seja considerado patológico. Muitas vezes a tendência é medicalizar sem buscar compreender a subjetividade do outro. O diagnóstico psiquiátrico é essencialmente subjetivo e nele estão implícitos valores da cotidianidade, relacionados com as formas de conduta e comportamentos que podem ser aceitos ou não em uma determinada cultura.

È necessário ir além do olhar simplista, linear. O desafio é compreender o outro em sua totalidade, com suas necessidades, crenças, como ator e agente das modificações históricas que determinam o surgimento de doenças e a busca da saúde ou de uma qualidade de vida. Portanto, é imprescindível cuidar do portador de transtorno mental em nível local, dentro de seu ambiente social, sem afastá-lo da comunidade, utilizando técnicas que permitam aumentar as suas aptidões de autocuidado, almejando alianças saudáveis, onde o indivíduo possa aprender a conviver com suas limitações, tendo para si uma rede de serviço que ofereça atendimento qualificado, contínuo, integral e digno. É o que se precisa realizar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 3, n. 1-3, 2000, p. 04-20.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Fundamentos metodológicos da epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 157-184.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia Moderna.**

2 ed. Salvador/Rio de Janeiro: APCE/ABRASCO, 1992

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia.** Rio de

Janeiro: MEDSI, 2002.

ALVERGA, A R.; DIMENSTEIN, M. A saúde mental na atenção básica: construindo a integralidade no SUS. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** Número especial (versão eletrônica). Jun. 2004. área temática 22, n.845.

AMARANTE, P D C. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M E X (Org.). **Saúde Mental e cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1992, p.103-119 .

AMARANTE, P. D. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (Org.). Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. **Anais de um Encontro.** São Paulo-Salvador: Hucitec, 1992. p. 103-119.

ANDRADE, L. H. S. G. et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica,** v. 26, n. 5, 1999. Disponível em <http://www.epidemiologia%20dos%20transtornos%20mentais.htm> Acesso em: 27 jul. 2003.

ANDRADE, R. L. M. V. Dependência de benzodiazepínicos na unidade de saúde da família Concórdia, Pedras de Fogo - Paraíba. 2004. 58f. Monografia (Especialização em Saúde da Família)- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, UFPB, João Pessoa, 2004.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** 2005. v.8, n.1, p.7-17.

BARBOSA, L. M. M. Glossário de Epidemiologia e Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

BERQUÓ, E.; SOUZA, J. M. P.; GOTLIEB, S. L. D. **Bioestatística**. Editora Pedagógica e Universitária Ltda: São Paulo, 1980.

BERTO, C. D. et al.. Freqüência de diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos serviços de saúde mental de São José do Rio Preto-SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Número especial (versão eletrônica). Jun. 2004. Resumo. Área temática 22, n.961.

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, cap. 7, p.107-113, 2002.

BRAGA, J. E. F. **Ensino de Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica**. 2003. 134 p. Dissertação. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Pb.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1999-2001. 2 ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Senado Federal. Constituição Federal de 1988. Brasília, 1988.

CARNEIRO, A O.; CORREIA, J. A.; FERRAZ, A. P. M. Perfil dos usuários do CAPs de Juazeiro-BA. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Número especial (versão eletrônica). Jun. 2004. Resumo. Área temática 22, n.869.

CAVALCANTE, A. M. T. S.; NÓBREGA, M. M. L.; DINIZ, A. S. Epidemiological aspects of schizophrenia in adults in the Ulysses Pernambucano Hospital in Recife – PE. **Neurobiologia**. Recife, v.66, n. 3/4, p.134-143, 2003.

CID-10. OMS. 8 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000, p. 46-51.

COSTA (2000)

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. V.5n.2 São Paulo. Agosto de 2002. www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S1415-790X200200200004... Acesso em 24 05 05.

DANESE, M. C. F; FUGERATO, A. R. F. O usuário de psicofármacos num Programa Saúde da Família. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 58, n. 25, p 70-76. maio/ago. 2001.

DOHREWEND, B.S.; DOHREWEND, B.P. Some issues in research on stressful life events. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 1978, 166, 7-15.

DOTTI, J. A. Saúde Mental: excluir ou incluir. Disponível em <<http://www.jornalinsight.hpg.ig.com.br/materias/saudemental.htm>> Acesso em: 02 ago. 2003.

FERREIRA FILHA, M O. A prática das enfermeiras no campo da atenção psicossocial: uma tipologia da ação. João Pessoa, 2002. Tese de Doutorado. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem/ UFC.

FERREIRA FILHA, M. O. et al.. Identificação de população de risco para adoecimento mental no Estado da Paraíba. **Projeto de Pesquisa** vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade – Linha de pesquisa Epidemiologia e Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. DESPP/CSS/UFPB, 2003.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.22 (sulp II), p.2-6, 2000.

FONSECA, R. M. G.S.; BERTOLOZZI, M. R. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: FONSECA, R. M. S; EGRY, E. Y. et al. **O uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. Série didática: enfermagem no SUS. p. 7-20.

FRAGA, M. N. O. Inserção de ações de saúde mental na atenção básica de saúde. Texto elaborado como subsídio a módulo de acompanhamento a profissionais vinculados ao Programa de Interiorização do trabalho em Saúde – PITS e atuantes em municípios do Ceará. Fev 2003. Departamento de Enfermagem da UFC.

FRAGA, M. N. O., SOUZA, A. M. A., BRAGA, V. A.B. Reforma psiquiátrica: muito a refletir. 2005.

GIULIANELLO, F., et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados na população de Campinas-SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Número especial (versão eletrônica). Jun. 2004. área temática 22, n.2041.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Caderno Saúde Pública**. V 12, supl.2. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em <http://www.scielo.gov.br> Acesso em 20 ago 2004.

GOMES, M. P. C. et al. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, nov/dez, 2002. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/pes.html> Acesso em: 23 ago. 2003.

GUIMARÃES. L. M. Momentos fundadores da formação nacional. IHGB. Rio de Janeiro.2000 Disponível em: <http://www.ihgpb.vilabol.uol.com.br/acquistadaparaiba.htm> Acesso em 20 jul 05.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 263-279.

IBGE. Disponível em www.ibge.gov.br acesso em 25 jun 2005.

IBGE/DATASUS. Indicadores de Saúde. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> Acesso em 20 jul 05.

LANCMAN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, jan 1997, v.13, n.1, p. 93-102. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/csp/pes.html>> Acesso em: 03 ago. 2003.

LEVCOVITZ, E; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, v.1, n.1, p.3-8, 1996.

LIMA, M. Epidemiologia e o SUS. Consolidação do SUS redefine papel da Epidemiologia. **Revista Súmula 88**. p. 4, jun/jul. 2002.

LOTUFO NETO, F. Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 23/24, n.4/1-3, p. 32-33, 1996/1997. Disponível em < <http://www.cppc.org.br/boletim43htm>> Acesso em: 10 out. 2002.

LUIZ, R.; STRUCHINER, C. J.; KALE, P. L. Inferência causal. In: MEDRONHO, R. A, et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. cap. 15, p.213-223.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R.. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Mina Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. V.38 n.5. São Paulo. Outubro de 2004. www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0034-8910200400500006... Acesso em 24 05 05.

MARCHETTI, R. L. **Aspectos psiquiátricos em epilepsia**, 2002. Disponível <<http://www.comciencia.br/reportagens/epilepsia/ep17.htm>> Acesso em: 8 dez. 2002.

MARI, J. J.; JORGE, M. R. **Transtornos psiquiátricos na clínica geral**, 1997. Disponível <<http://polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm>> Acesso em: 25 fev. 2003.

MEDEIROS et al., 2001;

MEDEIROS, E. N. . **Prevalência e o perfil dos transtornos mentais em um município paraibano**. 2004. 51f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba.

MEDEIROS, E. N. . Prevalência e o perfil dos transtornos mentais em um município paraibano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Número especial (versão eletrônica). Jun. 2004. Resumo. Área temática 22, n..

MEDEIROS, E. N. **Prevalência do estresse infantil em estudantes do ensino fundamental em escolas, pública e privada, do município de Santa Luzia – Pb**. 2003. 60f. Monografia (Especialização em Psicopedagogia). Setor de Pós-Graduação/Fundação Francisco Mascarenhas – Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba.

MEDEIROS, E. N; NÓBREGA, M. M. L.. Prevalência do estresse infantil em estudantes do ensino fundamental em escolas, pública e privada, do município de Santa Luzia – Pb. 2003. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Número especial (versão eletrônica). Jun. 2004. Resumo. Área temática 22, n.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MENDES, E. V. A descentralização como processo social. In: KALIL, M. E. X. (Org.). Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. Anais de um Encontro. São Paulo-Salvador: Hucitec, 1992. p. 65-80.

Ministério da Saúde (2003)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003

NOAS-SUS (2001)

OLIVEIRA, E. C. G. T. Enfoque epidemiológico de risco para enfermidades mentais no Brasil: um estudo bibliográfico. 2004. 55 f. Monografia (Curso de Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba.

OLIVEIRA; M. A. F.; COLVERO, L. A. A saúde mental no Programa Saúde da Família. In: BRASIL, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo.

Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.198-2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Organização Mundial de Saúde**. Doenças mentais atingem 450 milhões de pessoas, 2001. Disponível <http://boasaude.uol.com.br/news/index.cfm?news_id=3634&mode=browse> Acesso em: 25 fev. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001**: Saúde mental - nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Salud mental em el mundo**: problemas y prioridades em poblaciones de bajos ingresos. Washington-EUA, 1997.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. PROYECTO ATLAS: Cartografía de los recursos de salud mental em todo el mundo. NMH Communications, 2001.

PARAÍBA. SETOR SAÚDE. Disponível em <http://www.paraiba.pb.gov.br/saude> acesso em 20 jul 05.

PEREIRA, A. A. Revisão de literatura. **Saúde Mental na Atenção Primária**. (Mimeografado).2005

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993

SAMPAIO, J. J. C. Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

SAMPAIO, J. J. C. Saúde mental. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p. 403-419.

SANTANA, V. S.; ALMEIDA FILHO, N; MARI, J. J. Revisão dos estudos epidemiológicos em saúde mental no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 37, n. 6, nov./dez., 1988, p. 291-294.

SANTOS, D. N. et al. Prevalência de transtornos mentais entre os cuidadores das crianças de um estudo de coorte em Salvador-BA. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Número especial (versão eletrônica). Jun. 2004. área temática 22, n.1749.

SANTOS, I B C; SANTOS, S R; LIMA, C B. A "loucura": uma retrospectiva histórica das Políticas de Saúde Mental no Brasil e na Paraíba. **Revista do UNIPÊ**. V.5, n.3, João Pessoa: 2001. p. 69-81.

SES/PB/Núcleo de Saúde Mental (2005)

SESPA/PA. Disponível em: http://www.sespa.pa.gov.br/informa%C3%A7%C3%A3o/IDH_calculo.htm Acesso em 20 jul 05.

SILVA, A T M C. A reforma psiquiátrica em João Pessoa-Pb: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental. Tese (Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, 2003.

SILVA, A. T. et al. A Política Nacional de Saúde Mental e suas conseqüências nos serviços psiquiátricos da Paraíba. **Ciência Cultura e Saúde**. V.XIV, n.4, 1995, p.104-121.

SILVA, J. P. L.; COUTINHO, E. S. F.; AMARANTE, P. D. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, jul/set, 1999. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/csp/pes.html>> Acesso em: 23 ago. 2003.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em saúde. Volume 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. **Serie Saúde & Cidadania**.

TORRES, A. R.; POMPEI, M. S.; KERR-CORRÊIA, F. Avaliação da implantação de um serviço de saúde mental em centro de saúde I. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 114-120, 1989.

VASCONCELOS, P.; REBELO, M. F.; MARAU, J. **A saúde mental numa perspectiva de saúde pública**: a experiência de Sintra. Epistula Alass, nº 33. 1999. Disponível <<http://www.alass.org/fr/calass99-7.htm>> Acesso em: 25 fev. 2003.

VORCARO, C.M.R. et al. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 104, n. 4, Oct., p. 257-263. 2001.

LIMA, L. M. C. G. Análise sobre a implantação do Programa Saúde da Família da Paraíba na concepção dos seus profissionais. 153fs. Dissertação. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, 2002.

ANEXOS

ANEXO A – *Boletim de Produção Mensal*

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
 NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL

BOLETIM DE PRODUÇÃO MENSAL

N.R.S. _____ Mês: _____ Ano: _____ Município: _____

Diagnóstico CID.10	Nº de casos	%	Sexo		Faixa Etária					Estado Civil				Trabalho		Tipo de consulta		Conduta			Procedência	
			M	F	<10	10-19	20-39	40-59	>60	S	C	V	O	Sim	Não	1ª	Subs	Méd	Gr	Ind	Urb.	Rur.

ANEXO B – Autorização da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba/ Núcleo de Saúde Mental



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CCS/PPGenf/OF. 160/2004 João Pessoa, 18 de novembro de 2004

Do: Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

A: Secretaria de Saúde do estado da Paraíba
Núcleo de Saúde Mental
Coordenadora Dra. Ieda Pires de Sá

Senhora Coordenadora,

Solicitamos a Vossa Senhoria autorização para que a mestrand **Emilene Nóbrega Medeiros**, aluna regularmente matriculada neste Programa, possa realizar, coleta de dados da pesquisa intitulada "**Prevalência dos Transtornos Mentais e o Perfil Socioeconômico dos Usuários Atendidos nos Serviços de Saúde dos Municípios Paraibanos**", que deverá resultar em sua Dissertação, que está sendo desenvolvida sob orientação da Profa. Dra. Maria oliveira Ferreira Filha.

Esperando contar a aquiescência de Vossa Senhoria à nossa solicitação, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

Cesar Cavalcanti da Silva
Prof. Dr. Cesar Cavalcanti da Silva

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

*De acordo
com o pedido.
22/11/04
Ieda Pires de Sá
Chefe do Núcleo de Saúde Mental*

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde, UFPB, Campus Universitário, João Pessoa-PB
58059-900 Fone: 083 216.7109 Fax: 083 216.7162
E-mail: emenfsp@ccs.ufpb.br

**ANEXO C – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da
Saúde da Universidade Federal da Paraíba**