

TRANSTORNO MENTAL

ESTUDO DESCRITIVO DO ATENDIMENTO AOS SUJEITOS COM TRANSTORNO MENTAL EM QUIXADÁ

Priscila Azevedo de Amorim - FECLESC/UECE¹

Simone Souza Sales -FECLESC/UECE²

Keila Andrade Haiashida- FECLESC/UECE³

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi conhecer e descrever os serviços que são ofertados aos sujeitos com TM⁴ no município de Quixadá. O presente estudo é de cunho analítico descritivo subsidiado por dados de campo levantado mediante visitas realizadas aos órgãos competentes, que fazem atendimento ao sujeito com TM. Para fundamentarmos a pesquisa, realizamos uma análise bibliográfica da temática. Através da pesquisa empírica, constatou-se que no município de Quixadá existem três instituições que atendem adolescentes com TM, o CAPS, a APAPEQ e o CRISCA. Sendo que, destas instituições, o CAPS é o que especificamente atende esta demanda. Devido suas especificidades, a pesquisa focou nesta instituição a fim de melhor caracterizar o atendimento. Através do CAPS, constata-se uma ressocialização desses sujeitos. Segundo os dados do CAPS/Quixadá consta uma diminuição nos casos clínicos/ hospitalares no período entre 2003 a 2010, ocasionando assim, a diminuição de internações em hospitais e clínicas especializada. Objetivo da pesquisa foi redimensionado em função da indisponibilidade de informações primordiais, todavia, defendemos a necessidade de conhecimento da realidade para viabilização do processo de intervenção. O êxito no atendimento de adolescentes com TM depende de sua caracterização e da compreensão de suas particularidades. O CAPS, como outras instituições, enfrenta dificuldades estruturais, no entanto, tais dificuldades não desqualificam o atendimento oferecido, o mesmo tem possibilitado uma maior conscientização da sociedade civil acerca do sujeito portador de TM, bem como, tem contribuído para a diminuição nos casos clínicos/ hospitalares, ocasionando assim, a diminuição de internações em hospitais e clínicas especializadas.

Palavras-chaves: Transtorno Mental. Atendimento. Adolescente. Epidemiologia.

Introdução:

No Brasil, os estudos acerca da epidemiologia do TM estão sendo desenvolvidos nos últimos anos, mas ainda são insuficientes em relação às necessidades observadas na pesquisa empírica. O atendimento ao sujeito com TM vem ao longo dos anos se expandindo, o próprio Ministério da Saúde vem reformulando esse atendimento,

¹ Aluna do curso de Pedagogia da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central – FECLESC, ex-bolsista do Projeto de Extensão Equilíbrio da Mente.

² Aluna do curso de Pedagogia da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central – FECLESC, ex-bolsista do Projeto de Extensão Equilíbrio da Mente.

³ Doutoranda em Geografia – UECE, Mestre em Educação – UFC, Graduada em Pedagogia – UFC, Professora da Universidade Estadual do Ceará e Coordenadora do Projeto Equilíbrio da Mente.

⁴ Transtorno Mental

substituindo-o progressivamente, através de substituição do leito hospitalar pela rede integrada de atenção em saúde mental, com a implementação dos CAPS⁵ e outras entidades. O CAPS, instituição destinadas ao atendimento à infância e adolescência surgiu somente a partir de 2003.

Com base nessa lógica da necessidade de atendimento especializado para o atendimento do sujeito com TM, foi que passamos a nos indagarmos sobre que tipo de atendimento um sujeito com TM, localizado na cidade de Quixadá, tem recebido? Dessa forma, esse trabalho se objetiva em identificar e descrever os serviços que são ofertados aos sujeitos com TM no município de Quixadá. Com intuito de caracterizar esse atendimento e através desse vir a contribuir significativamente para o processo de construção e compartilhamento do conhecimento, bem como, num possível esclarecimento a cerca das ideias voltadas para TM.

O presente estudo é de cunho analítico descritivo subsidiado por dados de campo levantado mediante visitas realizadas aos órgãos competentes e questionários aplicados aos que atendem o sujeito com TM. Para nós fundamentarmos nos principais conceitos que subsidiam tal pesquisa, foi realizamos também, uma análise bibliográfica dos principais estudos da área. É importante que se realize tal estudos para contribuir com a ampliação do atendimento ao sujeito com TM, bem como, com a descaracterização e inclusão destes na sociedade.

1. O Transtorno Mental

Durante séculos as pessoas com algum tipo de TM foram excluídas da sociedade, sendo na maioria das vezes encarceradas em más condições, sem direito de questionar sua situação precária. Os portadores de TM foram, por muito tempo, considerados alienados. Eram vistos como pessoas que viviam fora da realidade, sem capacidade para entender ou exercer seus direitos. (BRASIL, 2003b, P. 9-10).

No final do século XX, por volta da década de 70, observa-se um movimento de integração social dos indivíduos que apresentam deficiência, cujo objetivo era integrá-los em ambientes escolares, o mais próximo possível daqueles oferecidos à pessoa normal. (...) Contudo, todas as tentativas de educabilidade eram realizadas tendo em

⁵ Centro de Atendimento Psicosocial

vista a cura ou a eliminação da deficiência através da educação. (MIRANDA, 2003).

Pouco a pouco a TM foi assumindo a primazia da educação especial, não só pelo número de instituições a ela dedicadas que foram sendo criadas, como pelo peso que foi adquirindo em relação à saúde (a preocupação com a eugenia da raça) e a educação (a preocupação com o fracasso escolar). (BUENO, 1993. p.110).

Hoje, essa rejeição, em parte, já foi superada, pois ainda nós resta superar o preconceito. A Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de TM. Destaque-se que nessa lei está previsto o atendimento integral ao sujeito em sofrimento psíquico com serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de assistência social e de lazer. O Ministério da Saúde vem mudando o modelo assistencial em saúde mental como parte do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa à eliminação progressiva de leitos psiquiátricos, e a expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar, além da inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica e Saúde da Família, buscando a ressocialização desses pacientes. A regulamentação dessas ações é realizada por meio da portaria do Ministério da Saúde, a exemplo da Portaria GM n.º 106/2000, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, modalidade substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Os serviços substitutivos de saúde mental não se resumem apenas aos CAPS e SRT. A rede de cuidados estende-se, entre outros, aos ambulatórios, às unidades psiquiátricas em hospitais gerais e à atenção básica (BRASIL, 2005, p23) .

A través desse tipo de atendimento, que tem valorizado o respeito e o companherismo, colocando em encontro as duas partes da velha exclusão, o sujeito com TM e a sociedade, oferecido pelo CAPS e outras entidades, é que podemos melhorar o processo de inclusão, transmitindo informações, com a consciência de que somos capazes de ajuda-los, combatendo os danos da discriminação e oferecendo apoio e companherismo a eles, o que é de fundamental importância para a estabilidade do indivíduo portador do transtorno, no entanto, para que se tenha um resultado eficaz é necessário que estas ações sejam focadas e bem elaboradas.

Barrios (1999) apud Rodrigues e Madeira,2009,p. salienta duas formas de atuação ou dois tipos de efeito do apoio social na saúde e no bem estar do indivíduo. Os primeiros designam-se por efeitos diretos, nos quais o apoio social tem um efeito evidente sobre o bem-estar, independentemente do nível de estresse (...) esta hipótese sugere que o apoio social e a saúde estão linearmente relacionados. Os segundos efeitos designam-se de efeitos indiretos, nos quais o apoio social funciona como um moderador de outras forças que influencia o bem-estar. Este princípio afirma que, quando as

peças são expostas a estressores sociais, estes tenderão a exercer efeitos negativos, principalmente nas peças cujo nível de apoio social é baixo.

De acordo com estes estudos, o TM envolve sofrimento pessoal e interferência no que os indivíduos necessitam exercer em sua vida social, como, estudar, tomar decisões próprias entre outros. Alguns sujeitos com TM não consegue desenvolver essas funções por não possuírem uma visão social do todo ou de suas partes, apesar do seu desenvolvimento intelectual ser predominantemente satisfatório, mas este é comprometido pelo comportamento anormal que esta diretamente associado a danos psicológicos. Ou seja, é uma doença com manifestações psicológicas ou comportamentais associadas com comprometimento funcional devido a uma perturbação biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Como afirma o Relatório sobre Saúde no Mundo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), a maioria das doenças, mentais e físicas, é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

É importante discutir o TM, para que as pessoas tenham consciência de como ele ocorre, quais fatores contribuem para a vulnerabilidade de sua clientela e os problemas sociais que podem agravar seu quadro, mostrando que temos a possibilidade de envolver o indivíduo socialmente para minimizar os efeitos trazidos pelo preconceito que conseqüentemente destroem e marginalizam aqueles que possuem TM.

2. Diagnostico

Em função do contingente relevante de pessoas que apresentam algum tipo de TM, o diagnóstico é considerado uma etapa primordial na busca por melhoria das condições de desenvolvimento dessa clientela. Esse diagnóstico é feito por psiquiatras que são médicos que se especializam no diagnóstico e tratamento das doenças mentais ou TM. Para efetuar o diagnóstico do sujeito com TM, às instituições especializadas neste atendimento, faz uso de sistemas de classificação padronizados. Hoje os três sistemas mais utilizados são: Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtorno Mental – DSM, da Associação Americana de Psiquiatria; O modelo da Organização Mundial da Saúde – OMS e o Sistema de classificação Internacional de Doenças – CID.

O DSM.IV⁶, é um sistema de classificação categórica. As categorias são protótipos, e um paciente com uma íntima aproximação ao protótipo é dito como tendo um transtorno. Cada categoria de TM tem um código numérico tirado do sistema de códigos da CID, usado por serviços de saúde. Segundo a descrição do DSM. IV, a característica essencial do TM é um distúrbio, uma anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica e/ou mental. Baseado na definição da OMS entendem-se como TM e Comportamentais as condições caracterizadas por alterações do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID, VOLUME 2), capítulo V, que trata afecções de forma agrupadas, os **TM e Comportamentais**, são assim classificados:

- F00-F09 – TM orgânicos, inclusive os sintomáticos;
- F10-F19- TM e comportamentais devidos ao uso de substancias psicoativas;
- F20-F29- esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes;
- F30-F48- transtorno do humor_(afetivos);
- F40-F48- transtornos neuróticos e transtornos relacionados com o estresse;
- F50-F59- síndromes comportamentais com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos;
- F60-F69- transtorno de personalidade e do comportamento do adulto;
- F70-F79- retardo mental;
- F80-f89- transtornos do desenvolvimento psicológico;
- F90-F98- Transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância e adolescência.

No CAPS, seu atendimento segue as classificações estabelecidas pela CID. O diagnóstico é construído pelo psiquiatra ao longo do processo de tratamento. Em Quixadá o sujeito é encaminhado pelo Programa Saúde da Família (P.S.F) para o CAPS. Após sua chegada inicia-se uma cuidadosa entrevista com o paciente e com outras pessoas, incluindo sua família, um exame clínico sistemático para verificar o estado mental e suas condições orgânicas, testes e exames especializados que forem necessários. Com o diagnostico começa-se o atendimento nos setores: Ambulatorial, visita domiciliar, programas sociais terapêuticos (Equilíbrio da Mente⁷) e grupos (roda de conversa, roda de música, arte). Segundo o CAPS Quixadá existem aproximadamente 6.773 prontuários, todavia 1.000 prontuários correspondem a uma demanda flutuante. Do total de prontuários, 35,34 % tem TM diagnosticados, sendo

⁶ O número IV corresponde a versão do documento citado em 2003.

⁷ Projeto que faz parte da FECLESC, que tem como intuito educar e socializar os indivíduos com TM.

42,04 % do sexo masculino e 57,96 % do sexo feminino.

De acordo com os dados fornecidos pelo CAPS- Quixadá identificou-se que:

F10 a F19	9,90%	<i>Transtorno Mental Orgânico</i>
F20 A F29	19,13%	<i>Esquizofrênico</i>
F30 a F31	6,31%	<i>Transtorno Mental Bipolar</i>
F32 a F39	15,90%	<i>Transtorno Depressivo</i>
F40 a F48	48,76	<i>Ansiedade, neurótico, estresse e somatoformes</i>

FONTE: CAPS – Quixadá, 2011

Através do quadro percebemos que, no município de Quixadá, utilizando-se da classificação CID, o maior percentual encontra-se na categoria F40 a F48 na qual corresponde a 48,76% caracterizado como sendo transtorno de ansiedade, neuroses, estresse e somatoformes. Tais transtornos são causados por diversos fatores como problemas familiares, condição social, entre outros.

Segundo alguns psicólogos, a ansiedade é um sentimento vago e desagradável de apreensão, medo caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Conforme Catillo, os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças quanto em adultos, com uma prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente. Nas crianças e adolescentes, os transtornos ansiosos mais frequentes são o transtorno de ansiedade de separação, com prevalência em torno de 4%, o transtorno de ansiedade excessiva ou o atual Transtorno de Ansiedade Generalizada - TGA (2,7% a 4,6%) e as fobias específicas (2,4% a 3,3%). A prevalência de fobia social fica em torno de 1% e a do transtorno de pânico (TP) 0,6% (CASTILLO, ARGLE *et al.* 2000).

Segundo a publicação realizada pelo Instituto Brasileiro de Neuropsicologia e ciências Cognitivas, 2008 apud ROMANHA, 2010, a característica essencial dos transtorno somatoformes é uma ou mais queixas somáticas (fadiga, perda do apetite, queixas gastrintestinais). Após uma investigação apropriada, os sintomas não podem ser completamente explicados por uma condição médica geral conhecida ou pelos efeitos diretos de uma substância (abuso de droga, medicamento) Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou

ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. O sintoma não é intencionalmente produzido ou simulado. É importante lembrar que um comportamento anormal ou mesmo, um curto período de anormalidade, não significa, dizer que o sujeito possui distúrbio mental. Para serem identificadas como portadores de transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam persistentes ou recorrentes e que resultem em certa decadência ou perturbação do funcionamento pessoal, em uma ou mais esferas da vida do sujeito.

Os TM são identificados e diagnosticados através dos métodos clínicos por profissionais qualificados e o seu tratamento deve ser controlado com medicamentos e psicoterapia. Deve-se, portanto, avaliar cada caso com especial atenção, a fim de estabelecer-se a melhor estratégia de tratamento para cada situação em particular, da maneira mais precoce possível.

3. Aspecto Epidemiológico

Em 1985, Morgado e Coutinho realizaram um levantamento de dados acerca da epidemiologia descritiva de TM em grupos populacionais do Brasil. Um dos objetivos de sua pesquisa foi identificar a taxa de prevalência em amostras representativas. Dessa forma, eles realizaram um levantamento de dados, entre os anos de 1940 até 1977, dos principais estudos já publicados acerca do assunto, tais como as pesquisas realizadas por Moura Fé e Col, Santana, Caetano, e Almeida Filho, no qual identificaram uma taxa de prevalência total de 20%, da qual 3,0%, 14,6%, 0,7%, 1,7% e 0,5% foram de alcoolismo, neuroses, psicoses, oligofrenia e síndrome orgânica do cérebro, respectivamente.

Em 2001, Organização Mundial da Saúde - OMS, afirmava que 3% da população geral sofre com TM severos e persistentes, 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 24% apresenta algum tipo de TM . A publicação feita pelo jornal Diário do Nordeste (2008), no Estado do Ceará, indica que existem cerca de 1,5 milhão de pessoas que sofrem com TM, são mais de 440 mil pessoas somente em Fortaleza. Moura Fé e Sampaio, realizaram um estudo na área de Messejana, localidade vizinha a Fortaleza- CE, e

identificaram um prevalência de 4,1% de pessoas com TM. No município de Quixadá, não se tem um estudo elaborado confirmando o total de casos de pessoas com TM, segundo o CAPS/Quixadá, do total de casos prontuarizados, 6.773, destes 35,34 % possuem TM diagnosticados.

Conforme os dados aqui destacados, o que se pode identificar é a existência da necessidade da ampliação do campo de atendimento ao sujeito com TM. Tais dados, tem demonstrado uma prevalência considerável no que diz respeito ao crescimento dos casos de pessoas com TM. Dessa forma, se ampliarmos o nosso atendimento, bem como nossas pesquisas sobre o assunto, poderemos tanto mapear e avaliar, com melhor precisão nossa demanda, bem como, propor meios que coíbam seus avanços. Dessa maneira estaremos dando mais alguns passos para a promoção do atendimento á essa clientela.

4. Adolescente com Transtorno Mental

A literatura aponta que um percentual entre 10 a 20% das crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental e necessitam de assistência especializada (HALPERN e FIGUEIRAS, 2004, apud SANTOS, 2006, P.316). O relatório da OMS, apresentado durante a Terceira Conferência Nacional de Saúde, afirma que 30% dos países não tem políticas de saúde mental e 90% não tem nesse serviço a inclusão de crianças e adolescentes. (BRASIL, 2005^a, apud SANTOS, 2006, p. 316).

Vários tem sido os motivos do TM na adolescência, dentre eles a pobreza, abuso sexual, descuido ou negligência, discriminação e o desenvolvimento da personalidade. Nessa fase o estresse e a hiperatividade persistem no aumento da probabilidade de depressão, em consequência disso os adolescentes tendem a estarem vulneráveis. Estes sentem necessidade de proteção dos adultos o que na maioria das vezes não correspondem suas expectativas, pois além da necessidade de uma rede de serviço de saúde mental de qualidade, eles precisam também do apoio familiar, pois os adolescentes com pais que agridem oralmente, ou mesmo, os espancam ou qualquer outro tipo de violência estão mais propensos a desenvolver TM do que aqueles que têm bom convívio familiar.

Paula, 2008 , em um estudo seccional analisou os fatores de risco que poderiam favorecer o TM na adolescência. Através da sua pesquisa ela constatou que os adolescentes que sofrem com agressões familiares estão mais propensos a ser vítima do transtorno, do que aqueles que têm um bom convívio familiar. As necessidade de atendimento aos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, em nosso país, ainda não são contempladas como deveriam, pois as redes de serviço em saúde mental são muito frágeis, não atendem todas as demandas dos sujeitos que necessitam desses serviços. Segundos as pesquisas, uma das causa dessa limitação é a falta de recursos humanos, pois a rede pública tem priorizado as doenças físicas, já que o índice de morte é maior, do que as doenças mentais. Assim sendo, a rede em saúde mental tem priorizado aqueles doentes considerados mais graves, do que, os que possuem problemas emocionais e comportamentais. Esses transtornos acabam se agravando por não ter prevenção, fazendo com que muitas vezes se tornem irreversíveis.

No Brasil, existe o CAPSi, especializado na demanda de jovens e adolescentes com TM, no entanto, sua oferta é menor que a sua demanda, o próprio CAPS de Quixadá não se encontra totalmente especializado para este atendimento, apesar de realiza-lo, devido a necessidades existentes. O mesmo tem tentado atender, da melhor maneira possível, esta demanda, através de parcerias com outras instituições, como a estabelecida junto a FECLESC, no Projeto “Equilíbrio da Mente” cuja intenção é educar e socializar os indivíduos com TM. Neste projeto, são atendidos não só os adolescentes como também adultos que sofrem com este transtorno.

Estudos destacam que não são apenas os impasses das políticas públicas orientadas para este campo que dificultam o atendimento às crianças e jovens com problemas de saúde mental. Outro fator importante seria a implementação de uma política de atendimento para aqueles que sofrem com a crise social, violência, desemprego, bem como, seria necessário estruturar as unidade básicas de atendimento ao TM já existentes, pois o que se pode costatar, nas visitas feitas ao CAPS/QUIXADÁ, é que existe uma precariedade de instrumento básicos para a realização de tal atendimento, tais como, computadores, laboratório adequado, sala de enfermaria, ou seja, uma estrutura específica, pois desde 2003, as instalações desta unidade tem funcionado provisoriamente em uma casa. Também, de acordo com Assis (2009), para enfrentar esses desafios, é necessário que a área de saúde mental se articule com outros campos de atuação, como assistência social, justiça, educação e conselhos tutelares.

5. Análise e Discussão dos Resultados

No Brasil, conforme as análises bibliográficas acerca do assunto, os cuidados com a saúde mental de crianças e adolescentes ainda não foi tomado como prioridade. Tentamos, ainda timidamente, atender aos casos mais graves de transtorno desenvolvimentais, deixando de perceber e atuar frente aos problemas emocionais e comportamentais, fala-se pouco em prevenção de TM.

No município de Quixadá/ CE, das três instituições que atendem o TM, o CAPS, APAPEQ e o CRISCA, o CAPS é o que especificamente atende esta demanda. Segundo os objetivos estabelecidos para o CAPS, eles foram criados com intuito de possibilitar a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. O Relatório de Gestão 2007 – 2010 do CAPS/ Quixadá, afirma que, o CAPS Quixadá reduziu cerca de 240 para 07 encaminhamentos/ano nas internações psiquiátricas nos hospitais especializados da capital, Fortaleza, pelo incremento da resolubilidade municipal.

No CAPS Quixadá, conforme supracitado, existe aproximadamente 6.773 prontuários e 1.000 destes com demanda flutuante, no entanto, este não possui dados digitalizados, o que nos impediu de realizarmos uma análise com base em critérios etários, a fim de identificar o número de adolescentes, bem como, identificar o seu perfil. O que não condiz com a Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, na qual estabelece que o CAPS deve, realizar e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077, parágrafo 4.5 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial (BRSIL, 2002).

O CAPS, todavia, tem se destacado, no atendimento as pessoas com TM. O mesmo possui uma equipe multidisciplinar com total de vinte e cinco profissionais (08 com nível superior e 17 com nível médio). Esses profissionais atendem nos setores: ambulatoriais, visita domiciliar, programas sociais terapêuticos (Equilíbrio da Mente) e grupos (roda de conversa, roda da música, arte), seguindo as normas da Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002.

Recentemente, no dia 21 de novembro de 2011, foi inaugurado o CAPSad destinados aos sujeitos com transtornos relacionados a álcool e drogas. Isso mostra, que

estamos avançando na ampliação do atendimento ao TM, como também no seu campo de atuação, vindo atender um maior número de casos.

6. Considerações Finais

Identificou-se que, dentre as três instituições que realizam o atendimento ao sujeito com TM no município de Quixadá, o CAPS é o que especificamente fornece este tipo de atendimento. O CAPS, como outras instituições, enfrenta dificuldades estruturais o que condiz com a realidade encontrada em outros setores públicos do nosso país. No entanto, tais dificuldades não desqualificam o atendimento oferecido pelo mesmo, pois com a sua implantação, ocorreu uma diminuição nos casos clínicos/hospitalares, ocasionando assim, a diminuição de internações em hospitais e clínicas especializadas, bem como, possibilitou uma maior conscientização da sociedade civil a acerca do sujeito portador de TM. O objetivo da pesquisa teve que ser redimensionado em função da indisponibilidade de informações primordiais, todavia, defendemos a necessidade de conhecimento da realidade para viabilização do processo de intervenção. O êxito no atendimento de adolescentes com TM depende de sua caracterização e da compreensão de suas particularidades.

Constatamos ainda, há necessidade de ampliar o campo de pesquisas sobre os aspectos epidemiológicos e psicossociais da saúde mental, a fim de, melhorar a compreensão desse e demais transtorno e desenvolver intervenções mais efetivas. Devem ser criadas em todos os países campanhas de educação e de conscientização sobre a saúde mental, assim como vem sendo feita no município de Quixadá. No entanto, estas devem utilizar-se de todos os recursos possíveis a fim de proporcionar o conhecimento da área de saúde mental a um número considerável de pessoas. Acreditamos que uma campanha bem planejada pode reduzir a estigmatização e a discriminação sofrida não só pelos sujeitos com TM como também com as demais deficiência.

Através dos dados aqui citados, no qual identificamos um contingente significativo de pessoas com TM em Quixadá, fica caracterizado a necessidade de se

promover campanhas em prol da conscientização do poder público para valorização e implementação de políticas de saúde que venha a beneficiar o atendimento a estes sujeitos.

Bibliografia

ASSIS, S.G. **Situação de Crianças e Adolescentes Brasileiros em Relação à Saúde Mental e à Violência**. Ciências & Saúde Coletiva, 14(2). p. 349-361, Manguinhos. 2009.

BOMBARDA. J.M. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Rev Bras Psiquiatria, Porto Alegre: Artes Médicas. p.105, 1998. ISBN 85-7307-326-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Secretaria Coordenação Nacional de Saúde Mental; 2004.

CASTILLO, A.R.GL *et al.* **Transtorno de Ansiedade**. Rev. Brasileira de Psiquiatria, 2000; 22 (Supl II):20-3.

GONÇALVES, A.M. **Doença mental e a cura: um olhar antropológico**. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/13.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2012.

IBNEURO. **DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º ED**. Disponível em: <http://www.ibneuro.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=41>. Acessado em: 01 fev. 2012, as 10:32.

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: 1990-2004, 5. ed. ampl. Brasília, 2004a. 18 p.
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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de Gestão 2007- 2010. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

MIRANDA, A. A. B. **Historia, deficiência e educação especial**. Disponível em: <<http://livrosdamara.pbworks.com/f/historiadeficiencia.pdf>>. Acesso em: 10 de maio 2012.

MORGADO, A. F. & COUTINHO, E.F.S . **Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil**. Cad. Saúde Pública vol.1 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acessado em: 10, Out, 2011, as 14:13.

RODRIGUES, Vera B.; MADEIRA, Milton. **Suporte Social e Saúde Mental: revisão de literatura**.p.394-399. 2009 Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. INSS 1646-0480.6.

ROUQUAYROL, M. Z. & GOLDBAUM, M. **Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças**. 5ª ED. p.660 rio de janeiro, medsi, 1999.

SANTOS, P. L. **Problemas de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Atendidos em Serviços Públicos de Psicologia Infantil**. Psicologia em Estudo. Maringá. V. II, n. 2, p. 315-321, mai/ago. 2006.

TAVARES T. M e Melo V. J. **Adolescência & Saúde**. volume 7 n nº 3 n julho 2010.