

PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA E EPIDEMIOLOGIA

Cláudio Vital de Lima Ferreira*

RESUMO

O autor faz algumas considerações em que procura evidenciar a proximidade entre a psiquiatria comunitária e a epidemiologia. Assim, o caráter de abrangência social e comunitária faz da epidemiologia uma parceira importante da psiquiatria comunitária na compreensão dos fatores etiológicos das doenças mentais, na formulação do diagnóstico, na determinação de prioridades, no planejamento de ação, nas propostas alternativas de intervenção e na avaliação das estratégias de serviços. Ao mesmo tempo em que se aproxima da comunidade ao se preocupar menos com o indivíduo que com o grupo, a psiquiatria comunitária defronta-se com problemas complexos anteriormente fora de seu campo de ação. Alguns destes problemas são discutidos.

Apesar do número bastante reduzido de médicos, psicólogos e sanitaristas no Brasil que efetuam pesquisas epidemiológicas, na área de saúde mental, a epidemiologia pode fornecer importante auxílio à compreensão dos problemas mentais, podendo favorecer tanto a elaboração de estratégias preventivas, quanto o tratamento e reintegração social do doente. Pretendemos fazer algumas considerações sobre o tema. Esclarecemos que não temos como objetivo trazer contribuições teóricas na área, mas apenas expressar algumas reflexões sobre o assunto.

Para o presente trabalho nos utilizamos do conceito de psiquiatria comunitária expresso por Sashin (1966), segundo o qual seu objeto de estudo envolve a utilização de técnicas, métodos e teorias da Psiquiatria Social e outras ciências do com-

(*) Mestrando — Instituto de Psicologia — PUCCAMP.

portamento a fim de investigar e compreender as necessidades da saúde mental de uma população definida. Essa definição se assemelha à fornecida por Caplan (1965), segundo a qual a Psiquiatria Comunitária tem como objetivo satisfazer as necessidades de saúde mental de uma população específica. Dentro da concepção de Psiquiatria Comunitária estamos incluindo também outras profissões além da Psiquiatria, tais como a Psicologia Social e Comunitária, a Sociologia, a Antropologia, a Enfermagem e a Assistência Social.

Este trabalho surgiu a partir da dificuldade que encontramos no momento em que buscávamos subsídio bibliográfico para nossa tese de mestrado. Pesquisamos exatamente na área de epidemiologia das doenças mentais e, apesar da grande ligação e proximidade entre o trabalho social em saúde mental e a epidemiologia, encontramos bem poucos estudos e pesquisas feitos por brasileiros sobre o tema.

Inúmeros pesquisadores em Psiquiatria Comunitária e em Epidemiologia, entre eles Reid (1964), Caplan (1980), Busnello (1977), e Veras (1985), distinguem três tipos principais de intervenção em saúde mental: a prevenção primária, que, além de ser um conceito comunitário, envolve a redução da taxa de novos casos de doença mental na população em um determinado tempo, com a neutralização das variáveis ligadas à etiologia das doenças; a prevenção secundária, que se refere a programas que visem a reduzir a taxa de incapacidade causada por um distúrbio; a prevenção terciária, que se liga à reabilitação dos pacientes com problemas mentais, envolvendo a redução da taxa de dificuldades derivadas das doenças mentais. Os autores salientam a importância dos três estágios da intervenção em Psiquiatria Comunitária, mas acentuam a necessidade de um maior cuidado no que tange à prevenção primária, já que esta pode evitar ou minimizar a manifestação das doenças.

Apesar de muitos pesquisadores adotarem o modelo de prevenção primária, secundária e terciária para a doença mental, ele foi sistematizado anteriormente por Caplan (1980). Este autor, desenvolve de forma bastante detalhada os conceitos dentro desse modelo. Contudo, não consideramos adequado se falar de prevenção secundária e terciária, pois as definições que se seguem a esses termos não costumam se caracterizar como prevenção.

A Organização Mundial de Saúde (OMS-1960) considera que a prevenção dos transtornos mentais deve estar baseada, para ser eficaz, em um conhecimento exato da prevalência e incidência e em uma informação fidedigna sobre a importância absoluta e relativa de seus distintos fatores etiológicos. Para tanto salienta a necessidade de estudos sobre as repercussões da enfermidade na população e da análise comparativa da distribuição das doenças no espaço e tempo. Segundo ainda esta mesma organização, as técnicas epidemiológicas em psiquiatria se aplicam tanto à investigação de enfermidades tratadas ou não, quanto ao conhecimento de características da população relacionadas com costumes, organização social e ambiental, que podem influir sobre o aparecimento ou origem das doenças mentais. Essas características da Epidemiologia a tornam uma parceira importante da Psiquiatria Comunitária, quando permite aprofundar o conhecimento do doente e da doença e facilita a elaboração de estratégias de atuação.

Reid (1964), enfocando aspectos teóricos da Epidemiologia e atenção primária, considera importantes etapas a localização das pessoas expostas à doença, a modificação dos riscos de sua ocorrência mediante educação sanitária, a vigilância para se antecipar a ela e a modificação do meio ambiente.

Ordenez (1985) considera que a Epidemiologia contribui ao conhecimento da distribuição das enfermidades entre os vários grupos de população que integram a sociedade, identificando aqueles com maior risco de adoecer e morrer. Com base nestes conhecimentos se poderá então fazer a seleção das ações, indicadas de prevenção dos problemas, assim como de tratamento e reabilitação dos doentes. A epidemiologia permite também medir as mudanças ocorridas referentes ao risco e distribuição da doença nos grupos de população, avaliando a eficácia das ações preventivas e curativas. As pesquisas epidemiológicas são de vital importância no planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Poderão ser de grande auxílio na formulação do diagnóstico, na determinação de prioridades, nas propostas alternativas de intervenção, bem como na percepção de problemas que requeiram maior investigação.

Lopes (1985) distingue a investigação epidemiológica da investigação clínica. Para a primeira, interessam as enfermi-

dades enquanto atacam os grupos humanos, enquanto que, para a segunda, seu universo é o indivíduo doente.

O caráter de investigação não do indivíduo mas do grupo, coloca a pesquisa epidemiológica muito próxima da Psicologia e Psiquiatria Comunitária que também elegem o grupo social como objeto de atuação.

Veras (1983) mostra como características da atenção primária em saúde mental a participação comunitária, a adaptação das condições e recursos da comunidade, o planejamento em função da demanda e o alcance das medidas em toda a população.

Caplan (1980) considera a prevenção primária um conceito comunitário envolvendo uma redução da taxa de novos casos de doença e implicando a neutralização das circunstâncias causantes antes que elas tenham oportunidade de causar a doença.

Dentro do conceito de prevenção primária em saúde mental, não se pode esperar pela ocorrência do distúrbio para atuar, mas atua-se para melhorar o nível de vida e saúde do grupo, dentro de uma escala de menos até mais. Não se atua sobre o efeito, mas sim sobre aquilo que o acarreta. Não se trabalha com o que existe, mas sim com aquilo que causa. A existência do efeito torna a causa perdida, pois caracteriza o aparecimento da doença. O trabalho preventivo implica a atuação sobre certas variáveis que acarretariam outras as quais queremos evitar. Assim, consideramos que diagnóstico precoce não é prevenção, pois a doença já se iniciou. A prevenção primária implica o controle de certas variáveis para que algo não ocorra. Parece que aí reside a grande dificuldade encontrada pelos técnicos em saúde mental na utilização da prevenção primária como recurso de atuação. A prevenção primária torna-se um conceito abstrato na medida em que implica intervir sobre algumas variáveis para que outras não ocorram. No entanto, a visão fracionada da etiologia das doenças mentais ao nível pessoal e hereditário, ignorando os fatores sociais, econômicos e ecológicos, torna essa prevenção uma ação distante do proceder que evita a formação da doença.

Para que a prevenção tenha sucesso, toda a ação tem que provocar uma não ação ou um não acontecer. No momento

em que a doença passa a existir e é identificada, a ação preventiva já terá fracassado, necessitando de outras medidas a nível de prevenção secundária e terciária.

Quando se fala em prevenção primária, é necessário que se defina o que se quer prevenir e se tenha em conta que os fatores principais determinantes das doenças não são necessariamente de origem psicológica. Fatores econômicos, habitacionais, sociais, políticos e familiares, além de outros, estão intimamente ligados aos afetivos. Não há mais espaço para o velho paradigma cartesiano de espírito e matéria e a independência entre eles. Sabemos hoje, principalmente através dos novos conceitos da Física Moderna, que o universo funciona dentro de um modelo de interconexões e interdependências, a partir das quais resulta um equilíbrio. Assim, as ações dos seres humanos dentro deste universo afetam o equilíbrio dos diversos ecossistemas. Hoje convivemos com poluição ambiental e alimentar, stress, crimes violentos, desnutrição crônica, desestrutura familiar e uma infinidade de outros problemas que estão diretamente ligados à saúde física e mental. Dentro desta abrangência de fatores interrelacionados que interferem em nossa saúde, não tem mais sentido nos apegarmos ao mecanicismo newtoniano e de forma míope examinarmos fatos isolados e a partir deles tentar compreender o universo. A física quântica superou os velhos conceitos de Descartes e Newton de corpo, mente, universo e ser humano como máquinas, ao descobrir que as menores estruturas da matéria não existem como "coisa", mas somente como interconexões. A relação entre elas lhes dá consistência. Valorizam-se as noções holísticas, de gestalt. Essas descobertas da física moderna revelam a unicidade básica do universo onde a natureza não nos mostra quaisquer elementos básicos isolados, mas apresenta-se como uma teia complicada de relações entre as várias partes de um todo unificado (Capra, 1982; Talbot, 1986).

A Medicina e a Psicologia, bem como a Biologia, apegaram-se ao modelo cartesiano-newtoniano ao valorizarem partes em detrimento do todo. Assim os psicólogos valorizam sobremaneira os fenômenos psíquicos e quase ignoram suas relações orgânicas. Os médicos de forma geral valorizam os aspectos somáticos e parciais como se um membro pudesse adoecer independentemente dos demais. O mecanicismo que direcionou as ciências humanas influenciou a compreensão do ser humano em

função de suas partes em detrimento do todo. Com freqüência, o médico é levado a especializar-se, o que equivale a dizer, aprender muito sobre uma parte do corpo, perdendo a noção de totalidade.

O modelo mecanicista foi útil à Física Clássica enquanto se propunha a estudar relações lineares de causa e efeito dentro do universo em sistemas fechados. As ciências biológicas cometeram um erro fatal quando tentaram aplicar um modelo útil para compreender sistemas fechados e lineares aos seres vivos que obedecem a outros parâmetros, ou seja, são sistemas abertos com trocas constantes com o meio e seguem um padrão de relações circulares. Isso tem limitado a compreensão da doença, a dimensão da cura e o alcance do conceito de saúde. E, enquanto as ciências humanas se detiverem em compreender o ser humano dentro do parâmetro mecanicista, encontrarão sempre problemas insolúveis (Ibid.).

A Medicina, Biologia e Psicologia deveriam proceder a uma alteração na concepção do ser humano e de seus problemas de forma fracionada, para uma postura holística, utilizando-se dos modernos conceitos da Física Quântica, como vem efetuando a Física Moderna para reestudar o universo.

Os técnicos ligados à saúde mental necessitam também de acompanhar os avanços da ciência. Novos questionamentos têm sido efetuados constantemente frente o doente, a doença e a sociedade e cada vez mais cresce o número de cientistas que acreditam serem os doentes mentais apenas vítimas indefesas de uma sociedade insana que procura se livrar dos indivíduos que a incomodam.

Sandler e Martins (1985) consideram que a teoria da Psiquiatria Comunitária se nutre no interesse pelo meio ambiente. Isso iria caracterizar uma revolução no campo das idéias e, como conseqüência mais importante, apareceriam alternativas institucionais à técnica psiquiátrica tradicional. A atenção deixa de ser direcionada para o indivíduo em si e volta-se para toda a comunidade. Os meios tradicionais de cuidado ao doente mental deixam de ser a viga de sustentação dos tratamentos. Criam-se pontos avançados no seio da comunidade e o indivíduo passa a ser acompanhado em seu habitat. A instituição fechada, rígida, com seus meios tradicionais de combate à doença, é seriamente

questionada. O técnico não mais espera o acontecer da doença e a vinda do doente aos hospitais e clínicas, mas sai de seu meio habitual de trabalho e vai ao encontro das pessoas incluídas dentro da taxa de risco de que a doença possa ocorrer. No momento, porém, em que a ação profissional se desloca para a comunidade, amplia-se a complexidade do problema e cria-se uma nova gestalt. Outros problemas não percebidos pelo técnico, como os políticos, sócio-econômicos, éticos e religiosos, ampliando-se o raio de ação e colocando o profissional frente à necessidade de assumir uma postura de verdadeiro cientista social.

Apesar de significar um real avanço na forma de encarar o doente e a doença, consideramos esta maneira de pensar bastante comprometida porque se utiliza basicamente dos mesmos modelos tradicionais. Alteram-se os métodos de tratamento, mas os doentes continuam a ser os mesmos. A mesma mentalidade de "cuidar" do "doente" permanece inalterada dentro do modelo organicista. Questões tais como "quem são os verdadeiros doentes?" ou "a quem realmente as instituições servem?" dificilmente são respondidas satisfatoriamente.

Apesar do extraordinário avanço da Medicina Moderna, uma das críticas mais severas que lhe é feita é a profunda desproporção entre o custo e a sua eficácia. Existe um espaço a ser compreendido entre o magnífico avanço da Medicina e a insignificante melhora do nível de saúde da população. Enquanto sofisticados aparelhos habitam os centros cirúrgicos de grandes hospitais, doenças tais como verminose, diarreia, sarampo, etc., matam milhares de crianças.

Sabe-se da dificuldade em se relacionar medicina e saúde pelo limitado conceito de saúde no modelo biomédico utilizado pelas estatísticas. Dentro da concepção holística, sabe-se que a ausência de doença não significa necessariamente saúde. Devem ser relevados os aspectos orgânicos, psíquicos, sociais e ecológicos e a doença deve ser vista como fruto do desequilíbrio em suas múltiplas relações e conexões (Capra, 1982).

SAÚDE X DOENÇA

Segundo o Cadastro de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde em 1982, o Brasil contava com 20.581 hospitais públicos e 64.582 hospitais e clínicas privadas. Em 1983 o número de leitos públicos era de 108.647 enquanto que o número de leitos privados era de 337.703; portanto mais de três vezes maior que o número de leitos públicos. A distribuição de leitos por especialidade era a seguinte: Clínica Médica 90.554; Clínica Cirúrgica 52.999; Clínica Ginecológica e Obstétrica 50.982; Clínica Pediátrica 64.665; Clínica Psiquiátrica 83.792; Tisiologia 9.865; Dermatologia 8.599; Oncologia 4.712; Indiferenciada 57.497; outras 21.770.

Como pode ser visto, em 1983, existiam no país 83.792 leitos psiquiátricos, sendo superado em número apenas pelos leitos da Clínica Médica. Tamanho contingente pode levar a enganos quanto à assistência psiquiátrica. A extensão territorial, as diferenças regionais, a complexidade das causas etiológicas, o reducionismo psicofarmacológico como técnica terapêutica, aliados à demanda crescente dos distúrbios mentais, tem dificultado uma ação satisfatória. Além disso, as diretrizes dos planos de saúde têm se pautado por um modelo de assistência caótico, estigmatizador e extremamente conservador que em nada tem contribuído de fato para a saúde mental das pessoas. Reconhece o governo federal que a severa desigualdade na distribuição da renda, aliada à expansão demográfica urbana desorganizadamente, ao baixo nível dos vínculos afetivos familiares e às dificuldades de emprego, remuneração e transporte, são fatores de tensão e condicionadores de demanda crescente por assistência psiquiátrica. Infelizmente, a ação governamental tem apenas agravado esses complexos problemas.

O crescimento desordenado das grandes cidades tem favorecido a criação de grupos marginais, a intensificação da tensão psicológica, o abuso do álcool, os acidentes de trânsito, a farmacodependência, o fracasso escolar, a violência e o crime. A Organização Pan-Americana de Saúde (1983) alerta para as modernas epidemias de origem psicossomáticas e salienta a necessidade de medidas preventivas intensas se se quiser melhorar a vida nas cidades atuais e futuras.

O crescente processo migratório em direção às diversas cidades, onde se criou o mito da facilidade em se ganhar dinheiro, tem quase sempre objetivos fantasiosos. Existem pesquisas efetuadas tanto no Brasil (Bucher e Térzis, 1980), quanto no exterior (Halldin, 1985; Brieger, 1984), que mostram a existência de alguma relação entre migração e doença mental, apesar de existirem outras que concluem em direção contrária (Murphy, 1977; Almeida Filho, 1982).

Procurando uma melhor condição de vida, uma procriação de miseráveis costuma se deslocar de sua cidade natal ou do campo para outras regiões onde acreditam vão encontrar melhores condições de vida, provocando sérios efeitos psicossociais, tais como sentimento de perda de identidade cultural e pessoal, dificuldade de adaptação, expectativas frustradas e outras restrições que podem desembocar em enfermidades psicossociais e psicossomáticas (Bucher e Térzis, 1980).

Um número cada vez maior de famílias brasileiras tem se afundado na complexidade dos problemas existenciais e de sobrevivência, perdendo sua função básica de baluarte da saúde mental e se transformando na grande responsável pelo seu desencadeamento. A própria Previdência Social liga claramente a pobreza aos fatores etiológicos dos distúrbios mentais (Ferraz, 1984).

O descendente da espécie humana, dentre todas as espécies, é dos que nascem o mais desprotegido. Na realidade a natureza lhe reservou os primeiros anos de vida, suas primeiras relações sociais e afetivas, como de importância vital para o desenvolvimento físico e psicológico. Da forma como viverá esses primeiros anos, das condições ambientais, alimentares e afetivas dependerá seu maior ou menor ajuste posterior. São devesras conhecidos os estudos psicanalíticos, principalmente os de M. Klein, A. Freud, R. Spitz, J. Riviere, O. Kernberg, M. Mahler, entre outros e suas contribuições para o conhecimento e compreensão da importância das primeiras relações afetivas da criança para seu desenvolvimento e equilíbrio. Mesmo as doenças mais graves, como as psicoses, têm toda uma teoria psicossocial a lhes dar sustentação etiológica, sem ignorar, é claro, os fatores genéticos.

O crescimento da demanda aos serviços psiquiátricos parece ser um fenômeno mundial (Stoller, 1969; Bland et al, 1984; Zuo, 1985; Teplin, 1985; Blazer, 1985; Vikan, 1985; Stanley e Gibson, 1985; Kessler, 1985; Cheng, 1985) e o Brasil infelizmente não foge à regra (Ferraz, 1984).

Os desajustes mais freqüentes encontrados nos ambulatórios psiquiátricos têm em sua causa etiológica profundas implicações sociais ligadas ao desajuste familiar, à fome, à ausência de saneamento básico, ao desemprego, à baixa remuneração do trabalho etc. Ora, qualquer programa em direção à saúde mental tem que levar em conta esses complexos e difíceis problemas, sob pena de carecer de seriedade. Não se pode mais investir fortunas em leitos psiquiátricos e paliativos psicoterapêuticos, onde uma mentalidade capitalista de lucro se instalou (Lima Ferreira, 1987). Pelo fato de o modelo biomédico estar ligado ao mesmo paradigma mecanicista utilizado por outros setores da sociedade em que uma parte assume o papel do todo, a Medicina tem se modelado pelas mesmas forças de outros setores da economia, onde o principal objetivo não se liga primordialmente à saúde pública, mas à satisfação de interesses econômicos. Esta diretriz levou os laboratórios e hospitais a transformarem a saúde numa mercadoria vendável dentro das mesmas regras econômicas do mercado livre (Capra, 1982). Enquanto que um número total de quinhentos medicamentos seriam suficientes para atender à necessidade de saúde da população, existem mais de quinze mil remédios sendo comercializados (Peters, 1987).

Na nossa cultura o desenvolvimento econômico tem sido relacionado ao crescimento tecnológico. Há uma crença generalizada e errônea de que todos os problemas possuem soluções tecnológicas. Assim procura-se na energia nuclear uma alternativa para a escassez de energia. Dificuldades políticas são compensadas com a fabricação de bombas e mísseis. O envenenamento do meio ambiente pelos subprodutos das indústrias e agrotóxicos é remediado pela fabricação de tecnologias especiais para seu combate que também afetam o meio ambiente de forma ainda ignorada. Enfim, nossas soluções tecnológicas costumam transferir os problemas de um ponto para outro no ecos-

sistema global e não raro os efeitos colaterais dessa falsa solução são mais prejudiciais que o problema original (Ibid.).

A eficiência de uma companhia costuma ser medida em termos de lucros, mas não se questiona o fato de que, com muita frequência, eles são obtidos às custas da exploração social ou ambiental. Esses custos não são levados em conta. No entanto deveriam, para que a noção de lucro passasse a ser associada à criação de riquezas reais e não à exploração cega dos recursos naturais.

O mesmo tem se dado com a saúde. O modelo linear de causa e efeito da Física, prontamente foi assimilado pela Medicina, através do binômio doença-remédio, e tem induzido as pessoas à crença de que "para cada sintoma há um remédio", a tal ponto que muitos médicos reduziram sua atuação a receitar medicamentos. Assim, um tanto sem se dar conta, o médico se torna cúmplice dos interesses dos grandes fabricantes de remédios que tem no lucro seu objetivo supremo. O consumo de remédios se torna mais importante que a própria saúde. Dentro desta visão, a saúde se transforma numa fatal ameaça aos fabulosos lucros auferidos pelos laboratórios e as medidas preventivas precisam ser evitadas. É notório que se gastam muito mais recursos tanto financeiros, do que humanos na atenção secundária à saúde (aí entram também os medicamentos), enquanto que, com menor dispêndio e muito mais eficácia, se poderiam conseguir bons resultados tomando medidas preventivas.

Necessário se faz uma mudança radical na forma de encarar a doença e o doente. A hospitalização do doente mental foi historicamente motivada pela preocupação em separar o doente do meio social, geralmente confundido com marginais e mendigos e sempre vítima do modelo social (Goffman, 1961; Resende, 1987).

Parece inequívoco que muitos são os fatores ligados à etiologia dos distúrbios mentais e que o velho paradigma mecanicista de causa e efeito deve ser repensado. Não existem mais dúvidas de que a saúde mental passa necessariamente por uma boa nutrição, condições mínimas de higiene e moradia e que fatores econômicos, políticos e sociais estão diretamente ligados à sua etiologia. São necessárias mudanças profundas na estrutura da organização social, nas condições de vida das pessoas, no

conceito de saúde e doença e na formação dos profissionais da saúde. É nesse caminho que se encontra grande desafio e responsabilidade dos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, antropólogos, sociólogos e outros profissionais indiretamente ligados à saúde pública mental.

ABSTRACT

The author does some theoretical considerations about community psychiatry and epidemiology and shows some problems that are connected to the etiology of mental disease. The mechanical model of medicine and psychology, and some difficulties are discussed. Concludes claiming more extensive participation of health professionals in the political, social and economical programs.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA FILHO, N. — Migrações internas e distúrbios mentais — Novas evidências para uma velha hipótese. *Acta Psiquiatr. Psicol. Amer. Lat.*, 28: 21-29, 1982.
- BARCHAS, J. D. et al. — The ultimate stigma: Inadequate finding for research on mental illness and addictive disorders. (Editorial) *Am J Psychiatry (Supplement)*, 142(7): 6-7, 1985.
- BLAND, R. C. et al — Boom town mental health. *Can J Psychiatry*, 29: 687-691, 1984.
- BLAZER, D. — Psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 651-656, 1985.
- BRIEGER, W. R. — Maternal migration and child health. *Journal of Tropical Pediatrics*, 30: 262-264, 1984.
- BUCHER, R. e TERZIS, A. — Ordem de nascimento e relacionamento fraterno em esquizofrênicos. *Arquivos de Neuro Psiquiatria*, 38: 53-64, 1980.

- BUSNELLO, E. — **A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária.** Tese de livre docência em Psiquiatria. UFRS, 1977.
- CAPRA, F. — **O ponto de mutação.** S. P., Cultrix, 1986.
- CAPLAN, G. — **Community psychiatry — Introduction and overview.** In: **Concepts of community psychiatry.** Edited by Stephen E. Goldston, Washington, D.C., 1965.
- CAPLAN, G. — **Princípios de psiquiatria preventiva.** RJ, Zahar, 1980.
- CHENG, T. — **A pilot study of mental disorders in Taiwan.** *Psychological Medicine*, 15: 195-203, 1985.
- FERRAZ, M. P. T. — **Prioridades em saúde mental.** *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo*, 44 11-17, 1984.
- GOFFMAN, E. — **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo, Ed. Perspectiva, 1974.
- HALLDIN, J. — **Prevalence of mental disorders in an urban population in central Sweden.** *Acta Psychiatr. Scand.*, 69: 503-518, 1984.
- KESSLER, L. G. et al — **Psychiatric disorders in primary care.** *Arch Gen Psychiatry*, 42: 583-587, 1985.
- LIMA FERREIRA, C. V. — **Estudo epidemiológico das doenças mentais em amostra hospitalar no Sul de Santa Catarina.** Tese de Mestrado em Psicologia clínica - PUCCAMP, 1987.
- LOPES, H. O. D. — **La investigation epidemiológica como generadora de conocimiento científico.** *Gaceta Médica de México*, 121: (3-4): 158-163, 1985.
- MARTINS, C. e SANDLER, P. C. — **Avaliação crítica da psiquiatria comunitária.** *Arg Neuro Psiquiatria*, 38 (1): 65-73, 1980.
- MURPHY, E. — **The impact of depression in old age on close social relationship.** *Am J Psychiatry*, 142: 323-327, 1985.
- OMS — **Epidemiologia de los trastornos mentales.** Ginebra, OMS, 1960.
- OPAS — **Dimensiones sociales de la salud mental.** Washington, OPAS, Public. Científica nº 446, 1983.

- PETERS, G. — Medicamentos: pelo uso racional. *O Correio da Unesco*, 15(10): 21-24, 1987.
- REID, D. D. — Los métodos epidemiológicos en el estudio de los transtornos mentales. Ginegra, OMS, 1964.
- RESENDE, H. — Política de saúde mental no Brasil — Uma visão histórica. In: Tundis, S. A. e Costa, N. R. — *Cidadania e Loucura-Política de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1987.
- SASHIN, M. — Theoretical models in community and social psychiatry. In: Roberts, L. et al — *Community psychiatry*. Madison — The University of Wisconsin Press, 1966.
- STANLEY, B. e GIBSON, A. J. — The prevalence of chronic psychiatric morbidity: A community sample. *British J of Psychiatry*, 146: 372-376, 1985.
- STOLLER, A. — Urbanization and mental health. *The Medical Journal of Australia*, 2: 223-228, 1969.
- TALBOT, M. — *Misticismo Y física moderna*. Barcelona, Ed. Kairos, 1986.
- TEPLIN, L. A. — The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception. *Am J Psychiatry*, 142: 593-599, 1985.
- TURATO, E. R. — Transtornos mentais em ambulatórios. *J. B. M.*, 49: 118-123, 1985.
- VERAS, F. M. F. — Atenção primária em saúde. In: Rouquayrol, M. Z. (Organiz.) — *Epidemiologia e saúde*. Fortaleza, UNIFOR/CNPq, 1983.
- VIKAN, A. — Psychiatric epidemiology in a sample of 1510 ten year old children. — I. Prevalence. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 26(1): 55-75, 1985.
- ZUO, C. et al — Patterns of psychiatric consultation a chinese general hospital. *Am J Psychiatry*, 142: 1092-1094, 1985.