

AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS NAS FAMÍLIAS MORADORAS DE ALBERGUES PÚBLICOS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO - UMA POLÍTICA DE RESGATE DA CIDADANIA

RESUMO

O conhecimento dos sem-teto (homeless) no Rio de Janeiro/Brasil se torna de fundamental importância para a saúde pública quando se entende que esta população é atingida por graves problemas de sobrevivência, marginalidade, violências, em geral, e por várias doenças físicas e mentais graves. Apesar disto, existem poucos estudos com dados acurados no País. Assim, o trabalho se propôs a investigar melhor algumas conseqüências desse processo de marginalização. Enfocamos na questão do transtorno mental para que encontrássemos soluções a partir da área da saúde. O trabalho tentou corrigir as falhas metodológicas dos estudos anteriores, utilizando para isso um conceito operacional de família moradora de rua, um tamanho de amostra adequado, uma amostra aleatória simples e um instrumento padronizado para avaliar os transtornos mentais. O local da pesquisa escolhido foi a cidade do Rio de Janeiro, em específico a Fazenda Modelo que é um grande albergue administrado pela Secretaria de Habitação da cidade do Rio de Janeiro. Entrevistamos uma amostra aleatória de 330 pessoas de grupos de famílias. Identificamos que a população moradora de rua tem uma prevalência maior de depressão e transtornos mentais maiores em relação à população em geral, sendo sua maioria constituída por homem, com baixo grau de escolaridade e desempregados. Os distúrbios cognitivos também se mostraram presentes na amostra, revelando que o somatório de fatores aos quais estas famílias são expostas precipita conseqüências graves nas pessoas, gerando quadros de distúrbios mentais. Após os resultados, o trabalho foi desenvolvido de forma que a pesquisa pudesse embasar argumentações de representantes deste grupo em locais estratégicos da área da saúde. Iniciamos um movimento liderado pelos grupos de famílias, após a exposição dos dados para estes. A base do projeto delineado pelo grupo foi o resgate da cidadania.

INTRODUÇÃO

O número de moradores de rua tem aumentado rapidamente nas últimas 2 décadas em todo o mundo. Nesse sentido, o conhecimento dos sem-teto (homeless) no Rio de Janeiro/Brasil se torna de fundamental importância para a saúde pública. Toda essa população é atingida por graves problemas de sobrevivência, marginalidade, violências, em geral, e, enfim, por várias doenças físicas e mentais graves. Apesar da pesquisa acerca dos sem-teto ser de grande importância, existem poucos estudos com dados acurados no País, tendo-se apenas alguns descritivos (Chnaiderman, 1995; Martins, 1993; Neves, 1983; Rodrigues & Silva Filho, 1999; Stofells, 1977). Soma-se a isso um grupo de moradores de rua que vem aumentando o seu número em todo o mundo: o de famílias. Sabe-se que várias limitações metodológicas têm sido apontadas ao se estudar essa população. A mais importante delas é a dificuldade de uma conceituação padronizada e operacional do grupo dos sem-teto, que seja compartilhada pela maioria dos pesquisadores da área (Cohen, 1994; Hamid et al.

1993; Lovisi et al., 2001; Rossi, 1989). A conceituação desse grupo populacional e o seu número podem variar de acordo com os objetivos dos órgãos responsáveis pelo seu cuidado. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1991), o Brasil teria 145.535 residências não convencionais com 528.221 moradores, e a cidade do Rio de Janeiro teria 4.631 residências não convencionais com 13.012 moradores, em 1990. O uso dessa conceituação, entretanto, acarretaria vários problemas no seu entendimento e operacionalização, como, por exemplo: o que significaria um acesso regular ou uma habitação adequada? Como seria possível separar esse grupo de outros, como aqueles indivíduos que vivem em precárias condições de habitação? Há de se mencionar, também, que o conceito de habitação adequada é influenciado pelos valores culturais locais, dificultando, assim, uma definição que seja aceita mundialmente (Buckner, 1991). Há, todavia, pelo menos três características que são comuns a todos os casos: a extrema pobreza, a falta de moradia e o isolamento social. A falta de moradia e a extrema pobreza não são suficientes para caracterizar um indivíduo como sem-teto, sendo essencial a presença de desafiliação para defini-lo como tal (Bachrach, 1984).

OBJETIVOS GERAIS

A proporção de transtornos mentais maiores das famílias moradoras de rua do RJ é diferente da população em geral? Qual é a distribuição dos fatores sócio-demográficos dessa população? Há necessidade de uma política específica para este grupo? Objetivos específicos: estimar a proporção de famílias moradoras de albergues públicos do RJ que preenchem os critérios para transtornos mentais maiores, alterações cognitivas e o abuso/dependência de álcool e drogas; estimar a proporção dos fatores sócio-demográficos dessa população; formular junto com estes soluções para a reinserção dos moradores de rua na sociedade; encaminhar propostas de políticas voltadas para o grupo em questão. Hipótese: H0- A frequência de transtorno mental maior na amostra não será diferente daquela encontrada na população em geral do Brasil, ou seja em torno de 6%. Portanto, o fato das famílias terem ido morar nas ruas, não contribuiu em nada para a exarcebação ou desencadeamento de transtornos mentais. E isto não influencia no seu processo de marginalização. H1- Como já se sabe, temos um grande contingente da população vivendo na extrema pobreza e que vai sobrevivendo, notadamente, através de suportes sociais de níveis primários e secundários, ou seja, de familiares e amigos. Com o agravamento da situação socioeconômica do País e a falência do suporte social fornecido pelos governos, a rede familiar de suportes vai-se tornando cada vez mais sobrecarregada de tarefas. Nesse contexto, os indivíduos que perdem esses suportes ficam predispostos a uma situação de completo abandono e exclusão. A perda de um lar é um evento extremamente doloroso para a grande maioria das pessoas, podendo desencadear nelas sintomas físicos e mentais. Esperou-se que em relação aos transtornos mentais maiores, a maior prevalência seria de depressão, que se desenvolveria principalmente em resposta ao evento estressante, que essas pessoas estariam vivenciando. Esperou-se que a taxa de esquizofrenia não fosse diferente da população geral. Portanto, esperou-se uma frequência de transtornos

mentais maiores nessa população em torno de 15%, (erro alfa < 0.05), ou seja, superior à da população em geral.

METODOLOGIA

O trabalho tentou corrigir as falhas metodológicas dos estudos anteriores, utilizando para isso um conceito operacional de família moradora de rua, um tamanho de amostra adequado, uma amostra aleatória simples e um instrumento padronizado para avaliar os transtornos mentais. O local da pesquisa escolhido foi a cidade do Rio de Janeiro. Ela é localizada no sudeste, na área mais industrializada e urbanizada do país. Sua população é de 5.480.768 habitantes (IBGE, 1991). A sua periferia é muito pobre, apresentando um grande número de pessoas vivendo em péssimas condições de habitação. Sabe-se que não existem dados oficiais dos moradores de albergues privados ou de caridade do RJ, tornando difícil conhecer o número e as características dessa população. Quanto aos serviços públicos, o Rio de Janeiro tem duas instituições públicas que são responsáveis por oferecerem abrigo a população de rua: a Fundação Leão XIII que é administrada pela Secretaria do Bem-Estar Social do Estado do Rio de Janeiro, que contém 3 grandes albergues, (Fonseca, Campo Grande e Itaipu) e um albergue para triagem (Bonsucesso). E a Fazenda Modelo que é um grande albergue administrado pela Secretaria de Habitação da cidade do Rio de Janeiro. A principal diferença entre essas instituições é com respeito à população que abrigam em suas dependências. Enquanto que a Fazenda Modelo abriga tanto as famílias, quanto os moradores de rua solteiros, a Fundação Leão XIII abriga somente solteiros. Portanto, o trabalho só coletou dados das famílias moradoras na Fazenda Modelo. Com a sua sede localizada na Ilha de Guaratiba, bairro localizado na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, a Fazenda Modelo ocupa uma área de 46 hectares com oficinas profissionalizantes, hortas, carpintaria, serralharia, criação de gado e agricultura, onde são realizadas atividades que visam profissionalizar e estimular o retorno dos internos ao mercado de trabalho. A Fazenda Modelo tem 15 alojamentos para solteiros (5 para mulheres e 10 para homens), 9 alojamentos coletivos familiares, além de um grande número de casas isoladas que abrigam famílias de população de rua. A Fazenda Modelo tem um convênio com a Comlurb tendo como objetivo a promoção e ressocialização de 118 internos que participam em atividades como a limpeza de ruas em diversos bairros da cidade. Além de oferecer abrigo e alimentação à população de rua, a Instituição dispõe de profissionais especializados que realizam acompanhamento médico, psicológico e social aos internos. A Fazenda Modelo abriga 2300 internos. O tipo de estudo usado foi o estudo seccional que é comumente usado quando não se sabe muito acerca da ocorrência, da história natural e os determinantes de uma doença. O objetivo principal do estudo seccional é estimar a frequência de uma doença ou a sua tendência temporal, em uma população particular, a fim de gerar hipóteses etiológicas mais específicas (KLEINBAUN et al., 1982). A amostra foi coletada na Fazenda Modelo. Os familiares foram selecionados através de uma amostra aleatória simples. Seus prontuários foram numerados e selecionados aleatoriamente. A amostra foi selecionada no período de Outubro de 2001 a Junho de 2002. Os critérios de inclusão foram: ara ser considerado família deverá ter a presença de um casal com/sem filhos, ou então pai ou mãe e filho(s). Tanto o pai

e/ou a mãe são responsáveis pela família. Em caso da família ser constituída por um casal, ambos serão entrevistados; caso a família tenha filhos, esses não serão entrevistados. Foram excluídos os indivíduos que não quiseram participar das entrevistas. Foi solicitado um consentimento do entrevistado, no qual ele assinou um documento relatando que aceita participar do estudo e que o resultado será mantido em sigilo, para uso da pesquisa, assegurando-se o total anonimato e não identificando nem o seu nome. As avaliações abordaram as características sócio-demográficas: idade, gênero, estado civil, nível educacional, local de nascimento, tempo de moradia nos albergues, ocupação atual e anterior, cor da pele, relatos de internação em hospitais de psiquiatria, números de filhos, relatos de moradias anteriores, relatos de doenças físicas, presença de parentes de primeiro grau e os tipos de moradias desses. O estado civil foi classificado em quatro grupos. A ocupação foi dividida em três níveis. A faixa etária será dividida em 4 itens. Foi perguntada a idade que teve o primeiro filho. A escolaridade foi dividida de acordo com o grau em que o residente tinha parado os estudos. A cor da pele foi verificada em brancos e não brancos (negros e pardos). Os tipos de moradias incluíram questões relacionadas a casas anteriores, como condições de habitações, número de pessoas nas casas etc. Qual foi o principal motivo que fez a família perder a casa. E tivemos um instrumento usado na avaliação dos transtornos mentais. Seguindo orientações dos estudos de NORTH et al. (1997), SUSSER et al. (1989), CRAIG et al. (1996), VASQUEZ et al. (1997) e KOVESS & LAZARUS (1999), Lovisi et al.(2001), o presente estudo utilizou todo o CIDI para avaliar os seguintes transtornos mentais: ansiedade, somatização, esquizofrenia, transtornos do humor, abuso/dependência do álcool e drogas. Os déficits cognitivos foram avaliados através do Mini-Mental, o qual faz parte do CIDI. Foi utilizado um instrumento de avaliação e perguntas referentes às questões socio-demográficas em uma mesma entrevista. Os transtornos psiquiátricos foram avaliados através do Composite International Diagnostic Interview -CIDI-(WITTCHEN et al., 1991). Foram realizadas estimativas da prevalência com intervalos de confiança e testes de comparação de proporções. Foi utilizado o SPSS (Statistical Data Analysis) para análise dos dados. Para a avaliação dos transtornos mentais foi utilizado o CIDI Computer Programs (Core Version 1.1, October 1992). O CIDI apresenta o diagnóstico de acordo com o DSM-III-R (1989) e o CID-10. O presente estudo utilizou a classificação dos transtornos mentais de acordo com o DSM-III-R* (1989), sendo essa classificação utilizada em outros estudos internacionais, como os de VASQUEZ et al. (1997) e CRAIG et al. (1996), citados acima. Como o CIDI avalia os transtornos mentais por toda a vida, poderá avaliá-los em 2 períodos: transtornos mentais maiores por toda a vida e transtornos mentais maiores nos últimos 12 meses. A primeira parte da análise dos dados foi voltada para as características demográficas como idade, estado civil, nível educacional, etc. A seguir foram analisadas as freqüências dos transtornos mentais. Após ter feito isso, passou-se para a fase analítica a fim de verificar se houve ou não associação estatística entre fatores estudados, como por exemplo, depressão e alcoolismo. Para essa fase foram utilizados os seguintes testes: para as variáveis categóricas será utilizado o Qui-quadrado com $p < 0.05$, e Teste de Fisher, e para as variáveis contínuas o Teste T(para diferenças de médias). Para essa fase foi utilizado também o Epi-Info.

RESULTADOS

Entrevistamos uma amostra aleatória de 330 pessoas de grupos de famílias oriundas da Fazenda Modelo. A maioria da amostra era composta por homens (75,8%), com média de idade de 48 anos, solteiros (95,3%), baixo nível de escolaridade (94,7%), desempregados (79,2%) e oriundos principalmente do estado e cidade do RJ (55,6%). Os principais achados referentes aos transtornos mentais maiores foram: 77,1% de transtornos mentais, 44,2% abuso/dependência do álcool, 12,9% depressão maior, 10,7% de esquizofrenia, 36,3% de déficit cognitivos, 7,5% de abuso/dependência de drogas, 22,6% de transtornos mentais maiores e uma alta taxa de co-morbidade (35,7%). A prevalência de esquizofrenia e depressão foi significativamente maior nas mulheres, enquanto que a taxa de alcoolismo foi maior nos homens. Após os resultados, o trabalho foi desenvolvido de forma que a pesquisa pudesse embasar argumentações de representantes deste grupo em locais estratégicos da área da saúde. Encaminhamos discussões nos conselhos municipal e estadual de saúde, iniciando um processo de luta por parte do grupo em questão para que estes tivessem autonomia no processo de integração de suas famílias ao ambiente social. Várias secretarias firmaram parcerias de acordo com os problemas levantados. Hoje, o trabalho está em outro tempo de desenvolvimento e pertence às pessoas que lutam para ter sua cidadania respeitada. Há uma política sendo pensada por um grupo escolhido pelas famílias, onde a Universidade tem participação. O próximo evento marcado será a conferência municipal de saúde. Discussão: estudos de prevalência de transtornos mentais foram realizados em pacientes em cuidados primários de saúde em algumas cidades brasileiras. Um importante estudo de prevalência de transtornos mentais na comunidade, realizado no Brasil, foi conduzido em três áreas metropolitanas, em 1991 (Almeida Filho et al., 1997). Os autores realizaram um estudo seccional em dois estágios, resultando numa amostra de 6.476 pessoas com idade superior a 14 anos. O objetivo foi de estimar a prevalência de transtornos mentais na comunidade, baseando-se na classificação do Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III). A Tabela 1 apresenta a estimativa da prevalência por toda a vida dos transtornos mentais, ajustados por idade, dessas três grandes áreas metropolitanas do Brasil (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). De acordo com esse estudo, a prevalência total por toda a vida dos transtornos mentais padronizados pela idade, nessas três metrópoles, situava-se entre 30% a 50%. A ansiedade e os transtornos fóbicos foram os mais prevalentes, entre 10% a 18%, atingindo, sobretudo, às mulheres. No entanto, os resultados parecem confirmar que o alcoolismo é um dos transtornos mentais mais prevalentes nas áreas urbanas do País, com taxas de 8% por toda a vida, alcançando, especialmente, os homens (prevalência em torno de 10 vezes maior que a mulher). É importante notar que os transtornos mentais maiores de São Paulo situavam-se em torno de 3,1%, de Brasília em torno de 3,5%, enquanto os de Porto Alegre situavam-se em torno de 13,7%, obtendo-se uma média de 6,7%. Um outro estudo de avaliação psiquiátrica de moradores de rua foi publicado recentemente por Heckert et al. (1999). A amostra foi selecionada na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Os indivíduos elegíveis para o estudo foram aqueles que estivessem morando nas ruas por pelo menos 1 ano. Os principais resultados demográficos foram: idade

média de 39,6 anos com desvio-padrão de 12,7 anos; homens eram 85,5%; analfabetos (17%); 77% eram solteiros; 100% não tinham trabalho regular; em média eram moradores de rua por um período de 3 anos. Com relação aos transtornos mentais os principais resultados foram: somente um indivíduo não recebeu nenhum diagnóstico psiquiátrico; o diagnóstico mais freqüente foi o de abuso/dependência de álcool (82%); transtornos do humor (32,5%); abuso e dependência de drogas (31,3%); esquizofrenia (9,6%); transtornos neuróticos (8,4%); transtornos de personalidade (8,4%); transtornos mentais maiores (28,9%) e uma alta taxa de co-morbidade (78,3%). Assim, a população moradora de rua tem uma prevalência maior de depressão e transtornos mentais maiores em relação à população em geral, sendo sua maioria constituída por homem, com baixo grau de escolaridade e desempregados. Os distúrbios cognitivos também se mostraram presentes na amostra, revelando que o somatório de fatores aos quais estas famílias são expostas precipita consequências graves nas pessoas, gerando quadros de distúrbios mentais. Conclusões: vários fatores podem estar em jogo na condição de morador de rua. Segundo Susser et al. (1993), pode-se dividi-los em 3 níveis: o primeiro seria o de variáveis estruturais ou macro que compreenderia a extrema pobreza, o desemprego, a falta de moradia, aumento das tendências migratórias, desastres naturais e a desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos (Torrey, 1988). O segundo nível incluiria a família e o suporte social. O terceiro nível, denominado de variáveis individuais ou micro seria representado pela faixa etária de 30 a 40 anos, sexo masculino, solteiro ou separado, nível baixo de escolaridade, situações de violências na infância, e doenças debilitantes física e mental.

No caso das famílias moradoras de rua, as variáveis macro têm um peso fundamental na condução do processo que as levariam para a exclusão social. Esses indivíduos já vêm de longa data vivendo em condições de extrema pobreza, atravessados por uma variedade de vulnerabilidades, as quais os tornam muito susceptíveis a uma situação de carência total. Segundo Escorel (1998), essas vulnerabilidades crônicas que tangenciam as vidas desses indivíduos são de vários tipos: habitacional, a violência, a baixa densidade de serviços e agências públicas, as áreas de risco, o tráfico etc. Entretanto, cada subgrupo pode apresentar determinantes com maiores pesos na condução do processo, que leva os indivíduos a irem morar nas ruas. Assim, o conhecimento das especificidades de cada subgrupo é fundamental para a implementação de programas com o objetivo de melhorar as condições de vida dessa população. Essa deveria ser uma das prioridades na Saúde Pública brasileira, devido à situação temerável em que se encontram essas famílias. À luz do que foi exposto, iniciamos um movimento liderado pelos grupos de famílias, após a exposição dos dados para estes. Como dito anteriormente, já informaram o governo do estado e o município a respeito do projeto e já está em andamento a construção de um programa social visando a reinserção destas famílias na sociedade. A base do projeto delineado pelo grupo foi o resgate da cidadania.

FICHA TÉCNICA

UNIRIO - Universidade do Rio de Janeiro

PROFESSOR (A) ORIENTADOR (A)

Giovanni Marcos Lovisi

ALUNO (S) RESPONSÁVEL (IS)

Rosa Gouvêia de Souza; Rodrigo Chávez; Mariana Barreto; Leonor França; Ana Carolina Góes; Giulia Santoro; Juliana B.; Paula Santos; Joana Pereira.

ALUNO (A) RESPONSÁVEL PARA CONTATO

Rosa Gouvêia de Souza

Rua General Glicério, 355 - Apto 303 - Laranjeiras

Rio de Janeiro - RJ

Cep: 22245-120

Tel: (21) 9858.3942/ 2265.6884/ 2556.1167

E-mail: gouveasousa@uol.com.br