



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**FREDERICO EMMANUEL LEITÃO ARAÚJO**

**DOENÇA MENTAL EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: UM  
ESTUDO DE EPIDEMIOLOGIA SOCIAL**

**FORTALEZA  
2012**

**FREDERICO EMMANUEL LEITÃO ARAÚJO**

**DOENÇA MENTAL EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: UM ESTUDO DE  
EPIDEMIOLOGIA SOCIAL**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

**Orientador:** Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

**Fortaleza  
2012**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**  
**Universidade Estadual do Ceará**  
**Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**  
**Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3 / 919**

A663d      Araújo, Frederico Emmanuel Leitão  
Doença mental em município de pequeno porte: um estudo de epidemiologia social / Frederico Emmanuel Leitão Araújo. — 2012.  
CD-ROM. 95 f. ; il. (algumas color.) : 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientação: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

1. Epidemiologia social. 2. Estudos ecológicos. 3. Epidemiologia psiquiátrica. 4. Indicador composto. Título.

CDD: 614.4



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

**Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP**

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **"Doença Mental em município de pequeno porte: um estudo de Epidemiologia Social"**

Nome do Mestrando: **Frederico Emmanuel Leitão Araújo**

Nome do Orientador: **Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio  
(Orientador)

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva  
(1º membro)

Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães  
(2º membro)

Prof. Francisco José Maio Pinto  
(Suplente)

Data da defesa: 28/12/2012.

“A condição humana compreende algo mais que as condições nas quais a vida foi dada ao homem. Os homens são seres condicionados: tudo aquilo com a qual eles entram em contato torna-se imediatamente uma condição de sua existência.”

*Hannah Arendt*

Ao meu filho, Elias, e à minha esposa, Clícia, felicidades do meu lar.  
Aos meus pais, pelo incentivo e dedicação desde sempre.  
Aos meus irmãos, Carmem, com sua linda família, e Guga, filho de coração.  
Aos meus avôs, Frederico (*in memoriam*) e Terezinha, pois por eles passou  
necessariamente, o que caminho que me trouxe até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, por ter sido, simultaneamente, orientador, mestre e amigo.*

*À minha mãe, Fátima Maria Leitão Araújo, pelo incentivo inicial para ingressar no mestrado.*

*Ao meu pai, Pedro Augusto Teixeira Araújo, pela intermediação junto a Secretaria Municipal de Saúde de Guaiúba e aos Agentes Comunitários de Saúde, que permitiu agilidade na coleta de dados.*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Guaiúba, no nome do então secretário Josete Malheiros Tavares, pelo grande e indispensável apoio para a viabilização da pesquisa.*

*Aos Agentes Comunitários de Saúde de Guaiúba, pela aceitação e disponibilidade em participarem de um passo fundamental do estudo.*

*Ao Prof. Dr. Francisco Maia Pinto, pela colaboração na qualificação do projeto e na análise estatística dos resultados.*

*Ao amigo Carlos Garcia Filho, pelas sugestões e pela ajuda na análise dos resultados.*

*A Josemeiry Dias Cordeiro, pelo auxílio na construção e formatação de gráficos e tabelas.*

## RESUMO

O presente estudo tem como tema o perfil epidemiológico de doença mental, em município de pequeno porte, na perspectiva territorial. Objetiva compreender a relação entre perfil epidemiológico de doença mental e situação socioeconômica de um município. O desenho geral é ecológico, com abordagem descritiva e analítica, e amparada nos princípios da Epidemiologia Social. Utilizou como campo de investigação a população do município de Guaiúba, localizado na Região Metropolitana de Fortaleza-Ce, estratificada em seus distritos, que formaram, por sua vez, a base de agregados de referência. Aplicaram-se instrumentos de morbidade psiquiátrica, em amostra da população adulta do município, para detecção de casos de Doença Mental Geral-DMG, Doença Mental Severa-DMS e Doença Mental não Severa-DMNS, utilizando-se a família como unidade de investigação. Foram coletados dados registrados e sistematizados por órgãos governamentais e institutos de estatística, com o intuito de traçar o perfil socioeconômico territorial, pela aplicação de um indicador composto, o Índice de Ponderação Sócio-Sanitária-IPSS. Calcularam-se, então, as taxas de prevalência de doença mental nos territórios do município. Foi analisada relação entre as taxas de prevalência e os índices de ponderação sócio-sanitária calculados. Realizou-se, ainda, procedimento de generalização do perfil epidemiológico encontrado para outros municípios cearenses, utilizando-se de tamanho populacional e do Índice de Desenvolvimento Municipal-IDM como critérios de inclusão. Guaiúba apresentou-se como município economicamente pobre, detentor de indicadores socioeconômicos, em geral, piores que os do Ceará e Brasil. Os indicadores socioeconômicos são homogeneamente ruins em todos os distritos, com algumas variações particulares. Os distritos com os melhores perfis socioeconômicos, de acordo com IPSS, foram Dourado e Núcleo Colonial Pio XII, dois territórios eminentemente rurais e de população pequena. Foram encontradas altas prevalências de DMG e de DMS, e prevalência mediana de DMNS, no município. Baú foi o distrito com o pior perfil epidemiológico, e Núcleo Colonial Pio XII e Dourado, os que apresentaram as prevalências mais baixas. As ocorrências de DMG, DMS e DMNS foram diferentes entre os distritos, evidenciando, portanto, variação de acordo com o território. Constatou-se associação de ocorrência de DMG e DMNS, mas não de DMS, com valores mais altos de IPSS, e, portanto, com piores condições socioeconômicas territoriais. Foi possível generalizar, de modo direto, o perfil epidemiológico traçado para 16 municípios cearenses.

**Palavras-chave:** Estudos Ecológicos. Indicador Composto. Território. Epidemiologia Social. Epidemiologia Psiquiátrica.

## ABSTRACT

The present study has as its theme the epidemiology of mental illness in a small municipality in territorial perspective. It aims at understanding the relationship between epidemiology of mental illness and socioeconomic status of a municipality. The overall design is ecological, with descriptive and analytical approach, and based on the principles of Social Epidemiology. Used as a field of research the population of the municipality of Guaiúba, located in the Metropolitan Region of Fortaleza-Ce, stratified in their districts, which formed, in turn, the basis of aggregated reference. Were applied instruments of psychiatric morbidity in a sample of the adult population of the municipality, to detect cases of General Mental Illness-DMG, Severe Mental Illness-DMS and Not Severe Mental Illness-DMNS, using the family as a unit of research. We collected data recorded and systematized by government agencies and statistical offices, in order to draw the socioeconomic profile territorial, by applying a composite indicator, the Index Weighting Socio-Sanitary-IPSS. It was calculated then the prevalence rates of mental illness in the territory of the municipality. We analyzed the relationship between prevalence rates and rates of socio-sanitary weighting calculated. Held also the generalization procedure epidemiological profile found for other municipalities in Ceará, using the population size and the Municipal Development Index-IDM as inclusion criteria. Guaiúba presented as economically poor city, holder of socioeconomic indicators generally worse than those of Brazil and Ceará. The socioeconomic indicators are uniformly poor in all districts, with some particular variations. The districts with the best socioeconomic profiles, according to IPSS, were Dourado and Núcleo Colonial Pio XII, two eminently rural areas and small population. It was found high prevalence of DMG and DMS, and median prevalence of DMNS in the city. Chest was the district with the worst epidemiological profile, and Núcleo Colonial Pio XII and Dourado, who had the lowest prevalence. The occurrences of DMG, DMS and DMNS were different between the districts, showing therefore change according to the territory. An association was the occurrence of DMG and DMNS but not DMS, with higher values of IPSS, and therefore with low socioeconomic status territorial. It was possible to generalize in a straightforward way, the epidemiological profile plotted for 16 municipalities in Ceará.

**Keywords:** Ecological Studies. Composite Index. Territory. Social Epidemiology. Psychiatric Epidemiology.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – IPSS territoriais .....	66
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição distrital de IPSS e prevalências de DMG, DMS e DMNS....	70
<b>Gráfico 3</b> – Relação entre famílias afetadas/normais quanto à DMG e as médias de IPSS dos distritos .....	72
<b>Gráfico 4</b> – Relação entre famílias afetadas/normais quanto à DMNS e as médias de IPSS dos distritos .....	73

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Perfil socioeconômico de Guaiúba .....	52
<b>Tabela 2</b> – Perfil socioeconômico do distrito Sede .....	55
<b>Tabela 3</b> – Perfil socioeconômico do distrito Água Verde .....	57
<b>Tabela 4</b> – Perfil socioeconômico do distrito Itacima.....	59
<b>Tabela 5</b> – Perfil socioeconômico do distrito Baú.....	61
<b>Tabela 6</b> – Perfil socioeconômico do distrito Núcleo Colonial Pio XII.....	63
<b>Tabela 7</b> – Perfil socioeconômico do distrito Dourado .....	65
<b>Tabela 8</b> – Resultados de investigação de DMG nos distritos .....	67
<b>Tabela 9</b> – Resultados de investigação de DMS nos distritos.....	68
<b>Tabela 10</b> – Resultados de investigação de DMNS nos distritos .....	69
<b>Tabela 11</b> – Valores distritais de IPSS, DMG, DMS, DMNS .....	70
<b>Tabela 12</b> – Relação entre IPSS recodificado e ocorrência de DMG .....	71
<b>Tabela 13</b> – Relação entre IPSS recodificado e ocorrência de DMNS.....	71
<b>Tabela 14</b> – Relação entre IPSS recodificado e ocorrência de DMS .....	72

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAP	Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CID10	Classificação Internacional das Doenças
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DMG	Doença Mental Geral
DMNS	Doença Mental Não Severa
DMS	Doença Mental Severa
ECA	Baltimore Epidemiology Catchment Área
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDM	Índice de Desenvolvimento Municipal
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IPLANCE	Instituto de Pesquisa e Informação do Ceará
IPSS	Índice de Ponderação Sócio-Sanitária
QMPA	Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto
NCS	National Comorbity Survey
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PIB	Produto Interno Bruto
PMG	Prefeitura Municipal de Guaiúba
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1.1 Motivação e problematização</b> .....	14
<b>1.2 Justificativa</b> .....	16
<b>1.3 Revisão da literatura</b> .....	17
1.3.1 Os determinantes sociais do processo saúde/doença como ramo da Epidemiologia .....	17
1.3.2 Epidemiologia psiquiátrica: panorama de uma incipiência .....	22
<b>1.4 Objetivos</b> .....	24
1.4.1 Objetivo geral .....	24
1.4.2 Objetivos específicos .....	24
<b>2 TRATAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	25
<b>2.1 Tema</b> .....	25
<b>2.2 Delimitação do tema</b> .....	25
<b>2.3 Problema</b> .....	25
<b>2.4 Desenho geral da pesquisa</b> .....	26
<b>2.5 Referencial teórico</b> .....	27
2.5.1 Epidemiologia crítica .....	27
2.5.2 Epidemiologia psiquiátrica .....	28
2.5.3 Indicadores compostos .....	30
<b>2.6 Ajustes conceituais</b> .....	31
<b>2.7 Caracterização do campo</b> .....	36
<b>2.8 Procedimentos</b> .....	39
2.8.1 Definição da amostra .....	39
2.8.2 Coleta de dados secundários .....	40
2.8.3 Recrutamento de aplicadores de instrumentos de investigação de morbidade psiquiátrica .....	41
2.8.4 Treinamento dos aplicadores de instrumentos de investigação de morbidade psiquiátrica .....	41
2.8.5 Aplicação de instrumentos de morbidade psiquiátrica .....	42

2.8.6 Procedimento de generalização .....	42
<b>2.9 Instrumentos de investigação .....</b>	<b>43</b>
2.9.1 Questionário de Morbidade Psiquiátrica Do Adulto – QMPA (Anexo A).....	43
2.9.2 Inventário de Gravidade de Doença Mental – IGDM (Apêndice A).....	44
2.9.3 Índice de Ponderação Sócio-Sanitária – IPSS (Anexo B) .....	44
2.9.4 Índice de Desenvolvimento Municipal – IDM (Anexo C) .....	46
<b>2.10 Técnicas de interpretação .....</b>	<b>47</b>
<b>2.11 Forma de exposição .....</b>	<b>48</b>
<b>2.12 Dimensão ética .....</b>	<b>49</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1 O município Guaiúba .....</b>	<b>50</b>
<b>3.2 Distrito Sede .....</b>	<b>54</b>
<b>3.3 Distrito Água Verde .....</b>	<b>56</b>
<b>3.4 Distrito Itacima.....</b>	<b>58</b>
<b>3.5 Distrito Baú .....</b>	<b>60</b>
<b>3.6 Distrito Núcleo Colonial Pio XII (São Jerônimo) .....</b>	<b>62</b>
<b>3.7 Distrito Dourado .....</b>	<b>64</b>
<b>3.8 Relação entre perfis .....</b>	<b>66</b>
<b>3.9 Generalização para municípios cearenses .....</b>	<b>74</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>75</b>
<b>4.1 Considerações gerais .....</b>	<b>75</b>
<b>4.2 Conclusões .....</b>	<b>76</b>
<b>4.3 Recomendações .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>87</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Motivação e problematização**

A problemática da prevalência populacional de transtornos mentais foi um tema que chamou a atenção do pesquisador desde que passou a atuar como médico no serviço público. Nos primeiros dois anos de experiência profissional, exerceu a função de médico do Programa de Saúde da Família em cidades do interior cearense. Em 2004, trabalhou na cidade de São Luís do Curu, situada na microrregião do Médio Curu, norte do Ceará e, em 2005, na cidade de Guaiúba, localizada na região Metropolitana da capital do estado, a cidade de Fortaleza. Em ambos os municípios, foi percebido, na prática clínica, uma série de casos de pessoas que relatavam sintomas psiquiátricos e que nunca haviam sido diagnosticados e tratados. O encontro prático com um elevado contingente de queixas compatíveis com transtorno mental, somado ao interesse, já despertado, e a auto-percepção de habilidade para assistir a esse tipo de demanda, fizeram-no, inclusive, optar pela especialização em Psiquiatria.

Por outro lado, a hipótese de uma elevada prevalência de transtornos mentais era apenas uma suposição individual, centrada na demanda que chegava aos serviços onde atuava, sem embasamento epidemiológico que corroborasse tal hipótese. Mesmo após formação em Psiquiatria e já em efetivo exercício nos serviços públicos destinados à atenção em saúde mental, ou seja, no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS da Secretaria Executiva Regional V-SER V de Fortaleza, e no Hospital de Saúde Mental de Messejana-HSMM, persistiam as dúvidas quanto ao real quadro epidemiológico da doença mental na população cearense.

O contato havido era com casos que chegavam aos serviços especializados, formando uma demanda que não constituía representatividade populacional. As dúvidas advindas de tais experiências somaram-se às inquietações oriundas da função de coordenador do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa-CEAP do HSMM, nos anos de 2008 e 2009, unidade na qual fiz minha Residência em Psiquiatria. Neste lugar de formação, pude verificar a presença do grande interesse por pesquisas clínicas e estudos de prevalência de transtornos mentais em serviços

e ausência de intenções pela realização de pesquisas ecológicas.

Desde a atenção básica, percebe-se empiricamente que a Psiquiatria é transversal a toda prática médica: seja pelo enfrentamento da demanda de um grande número de pessoas com queixas de sintomas de expressão psíquica, ou por atender inúmeros casos em que a expressão sintomática era somática, mais freqüentemente sintomas dolorosos, os quais despertavam, contudo, a suspeita vívida de que tinham base psíquica. O lidar com tal demanda, ao mesmo passo em que entusiasmava e gerava curiosidade, remetia a uma sensação de limitação de capacidade técnica, no campo da clínica, e de consciência de ignorância quase completa, no âmbito do conhecimento epidemiológico. Trabalhava-se, nessa perspectiva, por meio de iniciativa isolada, diagnóstico individual, tentativa/erro de compreensão de dramas particulares dissociados de suas dinâmicas coletivas, desvinculados de outros níveis de determinação de suas ocorrências.

A experiência de trabalho no CAPS agregou grande amadurecimento, especialmente no que tange à capacidade de atuação em serviço especializado e com demanda bastante complexa. Por outro lado, tal prática, nas condições atuais de exercício, possibilitou a eclosão de outras inquietações, advindas do incipiente embasamento epidemiológico e do treinamento profissional focado no indivíduo e na doença de expressão formal grave. Escapava a compreensão dos determinantes sócio-culturais e econômicos na gênese de diversos transtornos, sobretudo o domínio das relações entre os vários níveis de determinação, incluindo as esferas particular x geral, individual x societário, psicológico x político.

Foi percebido, além disso, que problemas relacionados ao trabalho-por inadequações do processo de trabalho, jornadas extensas ou sobrecarregadas, má remuneração, ou mesmo pelo desemprego- estão implicados no aparecimento de diversos transtornos. E o mais grave é que isso gera, em muitos casos, um caminho inadequado de reparação, onde transtorno mental agrava situação do trabalho, não se criam tentativas e possibilidades de reabilitação, e tenta-se resolver o impasse pela via de licenças e benefícios sociais, cujas vigências os próprios doentes tentam prolongar indefinidamente, para garantir renda mínima à sobrevivência sem ter que enfrentar as condições anteriores de trabalho.

Numa perspectiva mais ampla, relevante se faz mencionar a transformação significativa no modelo de atenção em saúde mental no Brasil, que vem ocorrendo desde a década de 1990, na perspectiva da chamada Reforma Psiquiátrica. O

cuidado, outrora centrado no isolamento do portador de transtorno mental em manicômios, e no que Foucault (1977) chamaria tratamento moral, foi deslocado para uma atenção comunitária, territorializada, interdisciplinar e baseada em novos conceitos de sofrimento/doença mental, onde é considerado o sujeito concreto da experiência psíquica em todas suas facetas antropológicas e contextos sociais (LANCETTI; AMARANTE, 2007).

A implantação da Reforma Psiquiátrica propiciou a criação de novos dispositivos de atenção em saúde mental, destacando-se os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, que agora respondem pelo núcleo da atenção, adstritos a um território e responsáveis pelo cuidado da população nele residente. Além disso, houve a preocupação com o fortalecimento da rede de assistência complementar aos CAPS, que integra outros dispositivos, dentre os quais, as residências terapêuticas, hospital-dia, hospital-noite, leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Ampliou-se, portanto, a complexidade de assistência às pessoas com transtornos mentais, permitindo não somente uma atenção mais humanizada, como também viabilizando uma assistência que refuta a segregação social do doente mental.

## **1.2 Justificativa**

Sabe-se que para a realização de um bom planejamento em saúde, é necessário que se faça, inicialmente, o diagnóstico populacional de um determinado processo saúde/doença, para que se proponham políticas pertinentes relacionadas a ele. É no conhecimento da estrutura epidemiológica de um agravo que se possibilita acessar em que intensidade está ocorrendo, como se distribui e quais relações sociais estão implicadas em sua maior ou menor existência. Portanto, as ações em saúde mental de um sistema de saúde, sejam no âmbito da promoção e prevenção quanto na atenção, devem ser norteadas por diagnósticos epidemiológicos, e não somente por impressões de práticas clínicas individuais.

Por outro lado, a própria prática clínica pode ser direcionada pelo perfil epidemiológico. Podemos mencionar vantagens mais simples, porém valiosas, da aplicação do conhecimento epidemiológico na atenção à saúde mental, como, por exemplo, numa melhor organização da demanda, reforço teórico-técnico para o tratamento de transtornos mais prevalentes, articulação entre serviços para definição

do perfil de casos que se destina às unidades especializadas e os que podem ser acompanhados em unidades de atenção básica. De um modo mais complexo, o diagnóstico epidemiológico deveria contemplar a caracterização dos processos de determinação social dos transtornos mentais, o que contribuiria sobremaneira para a elaboração de projetos terapêuticos mais coerentes e eficazes.

Levando em conta o panorama exposto, é de utilidade indispensável um bom conhecimento do perfil epidemiológico para a avaliação das necessidades gerais da população e das especificidades sócio-demográficas da apresentação dos agravos psiquiátricos, contribuindo assim para a formulação e aplicação adequada de políticas públicas em saúde mental, com distribuição coerente dos recursos e dispositivos de atenção, definição de prioridades e disponibilização de ferramentas estruturadas e suficientes para atendimento das demandas.

### **1.3 Revisão da literatura**

#### **1.3.1 Os determinantes sociais do processo saúde/doença como ramo da Epidemiologia**

Tomando o conceito de Pereira (1995), Epidemiologia seria a ciência que estuda a ocorrência, distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados à saúde, em nível populacional. Rouquayrol e Goldbaum (2003) ampliam a definição, destacando, além do objeto de estudo - os processos saúde/doença coletivos-, as utilizações práticas do conhecimento gerado pela investigação epidemiológica, ou seja, a proposição de medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e o fornecimento de indicadores para suporte ao planejamento, administração e avaliação de ações em saúde.

Sendo a Epidemiologia uma ciência eminentemente empírica, sua subdivisão em vertentes dá-se pela natureza do método investigativo. Dessa forma, podemos falar de uma Epidemiologia Descritiva - quando realiza estudos sobre frequência e distribuição de eventos relacionados ao processo saúde/doença- de uma Epidemiologia Analítica- quando investiga em profundidade a associação entre dois eventos, objetivando estabelecer explicações para uma eventual relação entre

eles- e de uma Epidemiologia Experimental- quando cria situações artificiais em que promove uma intervenção em determinado grupo de indivíduos, comparando-o a outro grupo que não é submetido à intervenção (PEREIRA, 1995). Uma quarta vertente é constituída a partir de uma categoria investigativa que utiliza um grupo de indivíduos (agregado) como unidade de observação, os estudos ecológicos, que formam, portanto, o escopo da chamada Epidemiologia Ecológica ou Social.

Considerando o sentido etimológico de Epidemiologia, estudo sobre o que ocorre no povo, o conceito de Epidemiologia Social parece redundante, pois os objetos da Epidemiologia são radicalmente sociais (KRIEGER, 2002; BARATA, 2005). Na dimensão epistemológica, Epidemiologia Social constitui-se como perspectiva teórica que investiga o processo saúde/doença, de modo crítico, a partir dos determinantes histórico-sociais e subjetivos, por meio de suas produções e reproduções sociais. O qualificativo desta Epidemiologia também pode ser Crítico ou Social Crítico.

Segundo Barata (2005), há, entre os estudiosos da Epidemiologia Social, consenso quanto à importância dos aspectos sociais e seus efeitos sobre a saúde. No entanto, existiriam divergências em relação à teoria social subjacente, à adoção do conceito de causalidade ou determinação, aos conceitos-chaves para a condução das pesquisas e ao nível de análise dos fenômenos no plano individual ou coletivo. Nesse sentido, formam-se diferentes correntes teóricas, com modelos explicativos próprios: Eco-epidemiologia de Susser, Teoria do Capital Social, Perspectiva do Curso de Vida, Teoria Ecosocial e a Produção Social da Doença. Destaca-se a última vertente teórica, norteadas pelo materialismo histórico e dialético, e que utiliza modelos de explicação que explicitam os determinantes políticos, econômicos e sociais da distribuição dos processos saúde/doença, no interior e entre as sociedades, identificando os aspectos protetores e os nocivos à saúde presentes na organização social, e carregando o conceito nuclear de reprodução social (BARATA, 2005). Tal corrente, que possui dentre seus mais notáveis representantes teóricos como Breilh, Laurell e Samaja, foi cunhada pelo primeiro de Epidemiologia Crítica.

Verificamos na literatura que grande parte das produções científicas dessa área constitui-se de estudos teóricos, voltados para discussão epistemológica da Epidemiologia Social, o que demonstra estado de inquietação intelectual, com poucas oportunidades de teste empírico e pequena operacionalidade, aspectos destacados por Segura del Pozo (2006). Essa constatação revela necessidade de

aprofundamento, pois o caminho parece constituir solução para os novos problemas gerados pela transição demográfica, com urbanização, terciarização da economia, aumento da esperança de vida e dos fenômenos crônico-degenerativos, psicossomáticos e alérgico-imunológicos.

Segundo Souza e Grundy (2004), a relação entre saúde e fatores sócio-econômicos tem sido documentada por vários séculos desde a Grécia Antiga, Egito e China e que essa relação, portanto, antecede o estabelecimento da Epidemiologia Social e, até mesmo, da Epidemiologia enquanto disciplina científica. Embora Krieger (2001) mencione estudiosos do século XVII que já se preocupavam com a influência das dimensões sociais na saúde, foi somente na primeira metade do século XIX que se desenvolveram, de maneira sistemática, as investigações sobre as relações entre o processo saúde-doença e as profundas desigualdades sociais da época (SILVA; BARROS, 2002).

Vários estudos são representantes da constituição histórica da Epidemiologia no século XIX, e todos eles poderiam perfeitamente ser enquadrados na categoria de estudos de Epidemiologia Social, pois buscam explicar os padrões de adoecimento através dos vínculos entre a saúde e a sociedade (BARATA, 2005). As profundas modificações sociais, econômicas e políticas desse período, mormente na Inglaterra sob o impacto da Revolução Industrial, impulsionaram estudos epidemiológicos sobre as precárias condições de vida experimentadas nas cidades (SILVA; BARROS, 2002).

Quételet, na Bélgica, e Stanway, na Inglaterra, compararam alguns aspectos do desenvolvimento do peso e altura, o primeiro entre grupos "favorecidos" e "miseráveis" e o segundo entre trabalhadores de fábrica e indivíduos que não precisavam trabalhar para garantir o sustento (GOLDBERG, 1990). A contribuição de Villermé é indiscutivelmente original no estudo de diferenciais intra-urbanos de saúde, com base territorializada, ao relacionar, em 1826, as taxas de mortalidade geral nos bairros parisienses à proporção de rendas não taxadas da população (SILVA; BARROS, 2002; BARATA, 2005). Na Inglaterra, William Farr e John Snow-este chamado Pai da Epidemiologia-, desenvolveram estudos de associação entre condições de vida e adoecimento, analisando os diferenciais de mortalidade entre mineiros e não mineiros de vários distritos da Grã-Bretanha, e a morbidade ligada à condição social nas epidemias de cólera, respectivamente.

Porém, foi Friedrich Engels, que descreveu as péssimas condições de vida

nos bairros operários, em seu livro **A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra**, publicado em 1845, quem despontou como fundador da Epidemiologia Social (BREILH, 1991). Ele destacou, especialmente, os diferentes riscos de morte prematura segundo condição social.

Apesar desse quadro histórico, que configura o surgimento praticamente simultâneo e imbricado da Epidemiologia e da Epidemiologia Social, a relação inicial entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais na busca de explicações para os padrões populacionais de distribuição das doenças perdura até as primeiras décadas do século XX, ocorrendo, a partir de então, enfraquecimento dos vínculos teóricos e metodológicos entre essas disciplinas (BARATA, 2005). Para isso, contribuem desdobramentos de dois movimentos teóricos: a concepção contagionista, derivada das descobertas microbiológicas de Pasteur e Koch, e a tríade ecológica de Leavell e Clarck (agente, hospedeiro, ambiente) como modelo explicativo da causalidade. Desloca-se o foco das características sociais de uma população que determina um perfil epidemiológico, para estudo de estilos de vida individuais que implicam em fatores de riscos para aquisição de doenças. Fatores de risco tornam-se sinônimos de causas, e estas podem ser múltiplas, mas não se contempla um modelo de determinação coerente entre os diversos elementos envolvidos nos processos saúde-doença.

Nas primeiras décadas do século XX, verifica-se escassa produção de estudos com enfoque na determinação social das doenças. Dentre as exceções a esse hiato, podemos citar os trabalhos de Goldeberg- pesquisa sobre a etiologia da pelagra, analisando suas relações com a pobreza urbana e a rural, pelas diferenças alimentares entre os dois grupos-, de Mayor Greenwood- estudos que buscavam associação entre câncer e estratificação social, que constataram mortalidade de câncer maior em classes mais baixas- e de Stevenson- investigações sobre mortalidade que demonstraram taxas maiores em estratos mais pobres (SILVA; BARROS, 2002).

A retomada do interesse pelas explicações sociais do processo saúde-doença acontece na segunda metade do século XX, influenciada pelas mudanças sociais da década de 1960, caracterizadas pela emergência de movimentos políticos de luta por democracia, o fortalecimento da perspectiva crítica e a valorização do contexto sócio-cultural e político na determinação dos comportamentos humanos (KRIEGER, 2002; BARATA, 2005).

Na América Latina, a partir da metade dos anos 1970, iniciou-se, em alguns centros acadêmicos, primeiramente no México, Equador e Brasil, uma vertente teórica que buscou recuperar as idéias de causalidade social do processo saúde-doença, que haviam entrado em declínio desde o advento da era bacteriológica. Esse movimento promoveu uma reinterpretação da epidemiologia sob o marco teórico do materialismo histórico, re-enquadrando o processo saúde-doença como fenômeno socialmente determinado (SILVA; BARROS, 2002).

Uma das contribuições da Epidemiologia Social ou Crítica, nessa direção, consistiu na construção de métodos para delinear perfis epidemiológicos de classe, como o proposto por Breilh e Granda (1980). Estes autores indicam alguns aspectos da missão dessa nova abordagem epidemiológica: elaborar o conceito de determinação complexa, passar do nível sensorial do conhecimento para o lógico, integrar análise estatística com análise histórica e redefinir universo e unidade de observação, com tempo e população não mais tomados como naturais, aleatórios ou agregados espontâneos de elementos homogêneos (SAMPAIO, 1998). Como descreve Sampaio (1998), consolida-se, então, uma crítica e vital corrente de Epidemiologia Social, que objetiva superar a orientação pragmático-positivista. No Brasil, esse movimento teve início em 1975 com a crítica de Arouca ao preventivismo e o estudo de Donnangelo sobre saúde e sociedade (SILVA; BARROS, 2002).

Na década de 1990, houve ampliação dos estudos sobre iniquidades sociais em saúde, com aumento do número de artigos que se detinham não somente em análises de taxas padronizadas de mortalidade, de esperança de vida e probabilidades de sobrevivência, mas que também aprofundaram as análises de mortes em subgrupos etários ou por causas básicas específicas (SILVA; BARROS, 2002). Parece que há uma tendência crescente, embora em ritmo ainda lento, no crescimento de publicações da Epidemiologia Social, com aumento absoluto e estagnação relativa do quantitativo dos trabalhos, como mostrou um estudo de tendências bibliográficas de tópicos relevantes na pesquisa epidemiológica de determinantes sociais da saúde no período entre 1985 e 2007 (CELESTE *et al*, 2011).

### 1.3.2 Epidemiologia psiquiátrica: panorama de uma incipiência

Elegendo processo saúde/doença mental como objeto de nosso estudo, parti-se das considerações de Sampaio (1998), em sua obra **Epidemiologia da Imprecisão**, para caracterização histórica e conceitual da Epidemiologia Psiquiátrica. Desta-se as conclusões de que a Epidemiologia Psiquiátrica, que possui como objetos os processos psíquicos, é retardatária e derivada em relação à Epidemiologia dos processos físicos, e que, além disso, é maltratada no que tange a volume absoluto e relativo de publicação científica.

O qualitativo retardatário da Epidemiologia Psiquiátrica deve-se ao tratamento histórico dado ao seu objeto de estudo, o psiquismo e seu adoecimento. Com a perda de força das interpretações mágicas sobre doença e o enfraquecimento da influência hipocrática na Idade Antiga, psique e corpo tendem a ser percebidos como entidades separadas. Segue-se, então, a Idade Média, quando a doutrina cristã apreende psique como equivalente a alma, e a perturbação desta, indício de possessão. Somente na Renascença, será declarada a distinção entre loucura e possessão, sendo a primeira destinada aos cuidados dos médicos, e a segunda aos sacerdotes da Igreja Católica. Nos séculos XVIII e XIX, enquanto acelera-se o desenvolvimento da Medicina Científica, amparada por um conjunto de saberes e descobertas nos campos da biologia, anatomia e epidemiologia, a doença mental é relegada ao plano de degeneração moral. Segue a Psiquiatria um caminho de isolamento do restante da Medicina, de escassez em pesquisas e de segregação do doente mental em asilos. Quadro que se estende até boa parte do século XX.

Diante dessa configuração, resta à Psiquiatria a herança anacrônica de modelos médicos transportados sem mediações teórico-metodológicas. Daí à adaptação forçada do modelo epidemiológico das epidemias traduzido no conceito de 'epidemia moral', a partir de Benjamim Rush, no século XVIII, a adoção da teoria da unicausalidade microbiana como explicativa da gênese dos transtornos mentais como conseqüência da neurosífilis, nos fins do século XIX, e a incorporação atrasada (final do século XX) do modelo da tríade ecológica de Leavell e Clark, que fora concebido na década de 1950 (SAMPAIO, 1998).

Se os modelos foram importados e tardios, a investigação epidemiológica em Psiquiatria restringiu-se a isolados empreendimentos. Os trabalhos de Santana

(1982) e Santana e colaboradores (1988a), já traziam, às suas épocas, a exigüidade dos estudos epidemiológicos psiquiátricos realizados no Brasil. Sampaio (1998) foi mais além, verificando a escassez de publicação em periódicos nacionais e internacionais, especialmente de pesquisas com teor mais crítico e cujo tema contivesse questões de fundo teórico-epidemiológico.

Nas duas últimas décadas, infelizmente, o panorama não mudou muito. Já em 2007, o livro **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil** cita apenas dois estudos relevantes de investigação de transtornos psiquiátricos entre adultos na comunidade: o trabalho realizado por Almeida Filho e colaboradores, publicada em 1992, que avaliou prevalência de transtornos mentais em três grandes centros urbanos (Brasília, Porto Alegre e São Paulo); e a pesquisa de Andrade e colaboradores, de 1997, em dois bairros da cidade de São Paulo. Verificamos, na literatura recente, alguns trabalhos que fizeram investigação domiciliar de prevalência psiquiátrica, a maior parte constituída por artigos de natureza descritiva, desprovidos de análise das determinações do processo saúde/doença mental e de crítica teórico-metodológica. Como exemplos, destacam-se um estudo realizado em áreas urbanas do município de Feira de Santana (ROCHA *et al*, 2010), o estudo de prevalência de transtornos mentais derivado de uma coorte realizada na cidade de Pelotas (ANSELMINI *et al*, 2008) e o estudo de prevalência e severidade de transtornos mentais na região metropolitana de São Paulo (ANDRADE *et al*, 2012).

No Estado do Ceará, até o presente, o único trabalho epidemiológico em Psiquiatria de que se tem conhecimento é o estudo de Moura Fé e Sampaio (1981), desenvolvido no bairro Messejana, em Fortaleza, que, além dos cálculos dos índices de incidência e prevalência de transtornos mentais, também investigou a percepção que a população tinha a respeito do doente mental.

Partindo desses pressupostos, vislumbrou-se, então, a realização de um estudo de perfil epidemiológico de transtornos mentais, centrado em prevalência e correlações sócio-demográficas dos mesmos, em uma população de um município cearense, com o intuito de não apenas nortear o município em questão em suas políticas de saúde mental, mas também que possa servir de referência e orientação para políticas públicas em outros âmbitos.

O estudo ora proposto teve como intuito somar-se aos trabalhos existentes no âmbito das produções acadêmicas na área de políticas públicas em saúde mental, mais especificamente na epidemiologia dos transtornos mentais, haja vista a

exiguidade de trabalhos cujo foco se volte para investigações ecológicas e que contemplem a análise qualitativa.

## **1.4 Objetivos**

### 1.4.1 Objetivo geral

- ✓ Compreender a relação entre perfil epidemiológico de doença mental e situação socioeconômica de um município.

### 1.4.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever o perfil epidemiológico de doença mental de um município.
- ✓ Conhecer o perfil socioeconômico de um município.
- ✓ Relacionar os dois perfis traçados, na perspectiva territorial.

## **2 TRATAMENTO METODOLÓGICO**

### **2.1 Tema**

Perfil epidemiológico de transtornos mentais.

### **2.2 Delimitação do tema**

Perfil epidemiológico de transtornos mentais, em município de pequeno porte, na perspectiva territorial.

### **2.3 Problema**

Para efetivação desse estudo, foram traçadas as seguintes perguntas norteadoras:

- a) Qual perfil epidemiológico de transtornos mentais do município estudado?
- b) O perfil socioeconômico do município estudado, obtido por meio de índice composto, pode explicar o perfil epidemiológico encontrado?
- c) Na perspectiva da territorialização do município estudado, em distritos, os dois perfis identificados poderão ser relacionados?
- d) De modo secundário, problematizando teoricamente a possibilidade de estudos realizados na dimensão qualitativa, pergunta-se:
- e) A relação entre perfis, encontrada no município estudado, pode ser generalizada para municípios do Ceará com a mesma população e mesmo Índice de Desenvolvimento Municipal-IDM?

## 2.4 Desenho geral da pesquisa

Este estudo configura-se numa pesquisa epidemiológica, com desenho ecológico, de referência temporal transversal e modelo investigativo observacional, com abordagem descritiva e analítica. Os estudos ecológicos utilizam um agregado populacional como unidade operativa (bairro, distrito, município, estado), abordando áreas geográficas bem delimitadas, com análise comparativa de variáveis globais, geralmente por meio da associação entre indicadores de condição de vida e indicadores de condições de saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

O estudo em questão utilizou como campo de investigação a população do município de Guaiúba, que foi estratificada em seus distritos, que formaram, por sua vez, a base de agregados de referência. O indicador de situação de saúde pesquisado foi a prevalência de doença mental, tendo sido relacionada a indicador socioeconômico.

O município de Guaiúba foi escolhido por vários motivos: 1) subjetivos - cidade de origem familiar do pesquisador, na qual morou quando criança, e onde trabalhou por um ano como médico do Programa Saúde da Família; 2) práticos - localização próxima à Fortaleza (aproximadamente 38 km) e acesso fácil aos gestores municipais para apoio à viabilização da pesquisa; e 3) técnicos - pequeno tamanho do município, área de 267, 203 km<sup>2</sup>, com população de 24.091 habitantes (IBGE, 2010), correspondente ao padrão de município de pequeno porte do interior cearense.

Visando o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental, em acordo com as características concretas, demográficas, históricas, econômicas, sócio-culturais, do município, utilizou-se um modelo de investigação baseado nos critérios, procedimentos e técnicas da Epidemiologia Social ou Crítica, cujo resultado deverá apoiar o trabalho do CAPS Geral recém-inaugurado.

## 2.5 Referencial teórico

### 2.5.1 Epidemiologia crítica

A vertente epidemiológica adotada é a que despontou a partir da década de 1960 na América Latina, tendo como seu teórico principal o equatoriano Jaime Breilh. Tal abordagem, que é filiada ao materialismo histórico e dialético, possui como uma de suas mais importantes premissas a concepção da produção e reprodução social dos processos saúde/doença.

Segundo Breilh (1991), as investigações epidemiológicas devem assumir, enquanto referencial teórico, as determinações que operam na vida social, no tocante ao objeto de estudo processo saúde/doença, pesquisando sistematicamente: os processos estruturais da sociedade, que permitem explicar o surgimento de condições particulares de vida; os perfis de reprodução social (produção e consumo) das diferentes classes com suas correspondentes potencialidades de saúde e sobrevivência (bens ou valores de uso), assim como de seus contravalores ou forças deteriorantes que levam à doença ou à morte; e a compreensão integral dos fenômenos bio-psicológicos que constituem os padrões típicos de saúde/doença desses grupos.

Nesse sentido, considerando a essência dos processos a serem estudados, os fenômenos epidemiológicos, identificam-se três dimensões de suas manifestações, quais sejam, a geral, a particular e a individual (BREILH, 1991, 2006). A dimensão geral corresponde às condições econômicas estruturais em meio das quais ocorrem processos particulares, ou seja, aqueles que ocorrem nos grupos constituídos por classes sociais, e que são influenciados pelos modos de vida específicos de tais grupos. No plano individual, por sua vez, verificam-se as expressões dos fenômenos biológicos e/ou psicológicos vinculados às histórias singulares, geralmente apreendidos pela clínica.

Importante salientar que, nos níveis de generalidade acima descritos, operam regimes diferentes de processos de determinação, os quais se ordenam hierarquicamente. Dessa forma, pode-se falar de: a. determinação dialética, dada pela totalidade do processo de luta interna e pela eventual síntese subsequente dos componentes essenciais opostos; b. determinação causal, na qual o efeito é

determinado pela causa eficiente (externa); c. determinação por interação (interdependência funcional) ou causação recíproca; d. determinação probabilística, do resultado final, pela ação conjunta de entidades independentes ou semi-independentes. Sabe-se que a categoria determinação dialética detém o maior grau hierárquico e que condiciona a operação dos tipos restantes (BREILH, 1991; BREILH, 2006). Com isso, pode ser delineada a seguinte configuração: na dimensão geral, operam leis de determinação dialéticas e causais; no domínio particular, persistem operando as leis anteriores, mas acrescentam-se as determinações interacionais ou funcionais; e as leis estatísticas e funcionalistas permeiam a dimensão individual.

Partindo das definições traçadas, fica mais claramente delineada a concepção de Breilh (1991) de que os fenômenos individuais e biológicos, quanto à formulação dos problemas epidemiológicos, estariam subsumidos no plano social geral, e que, portanto, o processo saúde/doença, sendo parte de um todo social, é produto de sua própria história e da história do todo, o qual subordina o movimento da parte. Por outro lado, embora os condicionantes histórico-sociais estejam na base do movimento dialético que determina as configurações epidemiológicas dos grupos, a dimensão individual-bio-psicológica é parte decisiva na definição de sua própria realidade. Portanto, para que a determinação se especifique, é necessária a presença de processos de mediação. Chega-se, então, à conformação do que se pode denominar de perfil epidemiológico, categoria produzida a partir da relação entre sistemas de contradições em movimento (produção-distribuição-consumo, processo social do sujeito-espaço natural, consciência-organização) e elementos de mediação biológica (genética e/ou fisiológica) e/ou psicológica.

### 2.5.2 Epidemiologia psiquiátrica

Para fins de norteamiento de um estudo de epidemiologia psiquiátrica, parte-se da proposição de Sampaio (1998) quanto à definição de população significativa, categoria mediadora que se faz ao mesmo tempo teórica, pela capacidade de indicar expressão concreta de classe social no cotidiano dos grupos, e empírica, ao possibilitar circunscrição de grupo segundo objetivo da pesquisa e o objeto a ser construído/investigado. Desse modo, tomando o processo saúde/doença mental

como objeto de estudo, e levando em conta sua totalidade bio-psico-social, impõem-se a composição de uma unidade epidemiológica de investigação que represente a conformação de identidade social, em dado momento histórico, do lugar geopolítico considerado. Têm-se, com isso, corte populacional capaz de significar achados empíricos, possibilitando a aproximação da realidade concreta dos indivíduos, por meio da articulação de experiências econômicas, políticas e culturais de classe (SAMPAIO, 1998).

Delimitado o processo saúde/doença mental como objeto de investigação epidemiológica, faz-se necessário, para refinamento teórico, o esclarecimento conceitual de algumas categorias importantes. Orienta-se por Sampaio (1998) para tais definições:

- a) **Psiquismo** - imagem subjetiva da realidade objetiva, inerente aos animais antropóides, propiciando vinculação entre organismo e meio.
- b) **Consciência** - forma qualitativamente particular de psiquismo, complexa, desenvolvida, que surge como produto social, nos homens, em relação com atividade e trabalho.
- c) **Personalidade** - conformação de um sujeito, que constitui unidade irrepetível, expressão concreta da consciência individual, que contém, simultaneamente, elementos que permitem mudanças no decorrer da vida e outros que garantem, pela identificação do passado com o presente, experiências de permanência de identidade.
- d) **Sofrimento psíquico** - algum tipo de contradição entre subjetividade e objetividade, uma tensão homem-natureza, uma diacronia sujeito-objeto, derivada da historicidade e do trabalho, gerando tensão, preocupação e dificuldade, mas ainda permitindo reconciliação sujeito-objeto por meio da ação de mecanismos socialmente aceitos, os modos de reapropriação.
- e) **Doença mental** - condição na qual ocorre antagonismo entre subjetividade e objetividade, ruptura aparental entre o eu e o mundo, consubstanciada intra-subjetivamente, mediante falha nos processos de reapropriação socialmente aceitos, condicionando, assim, conflito permanente entre história individual e história social.

A partir da conceituação apresentada, ainda segundo Sampaio (1998),

emergem três possibilidades de epidemiologia psiquiátrica:

- ✓ Epidemiologia da personalidade - estudo da distribuição, modos de expressão e determinação de padrões hierarquizados de experiências da consciência, apresentando dinâmica histórica e cristalizações que possibilitam permanência de identidade através do tempo de vida individual.
- ✓ Epidemiologia do sofrimento psíquico - estudo da distribuição, modos de expressão e determinação de sintomas considerados socialmente como respostas adequadas a experiências de prejuízos de expectativas, perdas, conformando processos de adaptação/desadaptação/readaptação, em consonância com os modos de reapropriação socialmente compartilhados.
- ✓ Epidemiologia da doença mental - estudo da distribuição, modos de expressão e determinação de núcleos hierarquizados de sintomas, revelando modos de reapropriação insuficientes ou impotentes, levando a maior (neurose) ou menor (psicose) flexibilidade em discriminar objetividade de representação.

A opção do presente estudo foi pela última, justificando tal escolha pela natureza do objeto, a doença mental, pois se configura mais bem delimitado, de contornos mais nítidos, permitindo melhor aproximação e alcance pelo campo empírico, porquanto se exime das sutilezas e imprecisões mais próprias das categorias personalidade e sofrimento psíquico. Além disso, a abordagem da doença mental não se deu como ocorre mais comumente, limitada ao plano descritivo e considerando processos sindrômicos desvinculados da história, pois foi norteadada e amparada pelos princípios da Epidemiologia Crítica, que se fundamenta nas relações radicais e dialéticas entre processos saúde/doença e processos sócio-históricos.

### 2.5.3 Indicadores compostos

O desenho ecológico utilizado, levando em conta as perspectivas territoriais e sócio-históricas, teve como princípio de estruturação, para alcance dos objetivos

formulados, a aplicação de indicador composto de condição de vida. Nessa direção, foram adotadas as concepções de Marco Akerman, que define os indicadores compostos como uma combinação de indicadores que descrevem a qualidade de vida de uma área geográfica, presumindo a existência de uma interação de diversos fatores na determinação dessa qualidade de vida. Propicia-se, nessa lógica, a construção de uma medida que associa diferentes variáveis sócio-econômicas, reunidas em um indicador sintético, que analisa as características de grupos populacionais de determinados territórios. A utilização de um indicador composto possibilita, além disso, o entendimento de diferenças, entre populações, na ocorrência de outros efeitos, dentre os quais os fenômenos do processo saúde/doença, e os determinantes desses efeitos (AKERMAN, 1997).

Também tem sido enfatizada a relevância dos indicadores compostos na avaliação de diferenças entre espaços urbanos distintos, dentro de uma mesma cidade (AKERMAN, 2000). Tal indicativo aponta para viabilização de estudos que contemplem a investigação de associação entre condições sócio-econômicas e condições de saúde/doença, em nível territorial. A partir desse pressuposto, obtêm-se a base para a construção de mapas territoriais de risco, os quais classificam, hierarquicamente, os agregados populacionais quanto à vulnerabilidade para sofrer dano à saúde (VASCONCELOS FILHO, 2002).

Considerando os princípios delineados, optou-se por um desenho investigativo que toma o agregado como unidade de observação, com aplicação de um indicador composto de condição socioeconômica nos moldes do proposto por Vasconcelos Filho (2002).

## **2.6 Ajustes conceituais**

### Epidemiologia

É uma ciência social, empírica, que estuda o processo de saúde/doença nas coletividades humanas, investigando a distribuição e os elementos de determinação das diversas possibilidades de condição saúde/doença, considerando determinada população, em determinado contexto sócio-histórico. A investigação epidemiológica objetiva fornecer subsídio ao diagnóstico individual e coletivo de agravos à saúde e

orientar planejamento em saúde, para que se proponham efetivas medidas de prevenção, controle e tratamento de doenças.

### Epidemiologia social crítica

A Epidemiologia Social ou Crítica se destaca pelo direcionamento à investigação explícita dos determinantes sociais dos processos saúde/doença (KRIEGER, 2002). O que a distingue das outras abordagens epidemiológicas não é a simples consideração de aspectos sociais, mas a preocupação com a explicação do processo saúde/doença por meio deles (BARATA, 2005). Nessa vertente da Epidemiologia, são delineados, hierarquicamente, processos ditos protetores, quando favorecem condições saudáveis e a sobrevivência, e processos destrutivos ou deteriorantes, os quais favorecem o surgimento de doença ou morte (BREILH, 2006). Também prioriza, em sua prática investigativa, construir perfil de características sanitárias e perfil de reprodução social dos diferentes grupos socioeconômicos, objetivando o alcance da compreensão crítica do primeiro pelo segundo (SAMPAIO, 1998).

Pode-se concluir, portanto, que Epidemiologia Social constitui-se como perspectiva teórica que investiga o processo saúde/doença, de modo crítico, a partir dos determinantes histórico-sociais e subjetivos, por meio de suas produções e reproduções sociais.

### Estudos ecológicos

Os estudos ecológicos são aqueles que utilizam um agregado populacional como unidade operativa (bairros, distritos, municípios, estados), abordando áreas geográficas bem delimitadas, com análise comparativa de variáveis globais, geralmente por meio da associação entre indicadores de condição de vida e indicadores de condições de saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003). Constituem, portanto, uma categoria de pesquisa que emprega um grupo de indivíduos como unidade de observação.

São desenhos investigativos que reproduzem momentos integrativos da situação de saúde, de um grupo ou comunidade. O desenho de pesquisa ecológico, além disso, normalmente emprega amostras representativas da população e utiliza

dados secundários, facilitando a coleta em relação ao tempo do estudo e tornando obrigatória a rigorosa definição da base populacional (VASCONCELOS FILHO, 2002), além de oferecer vastas possibilidades de uso de ferramentas qualitativas de interpretação.

Dependendo da base de agregado utilizada, os estudos ecológicos podem ser divididos em dois subtipos: investigações de base territorial, quando o agregado possui uma unidade geográfica de referência; e investigações institucionais, quando o agregado é constituído por organizações coletivas de qualquer natureza, como escolas, empresas, presídios ou unidades de saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

Podemos elencar como vantagens mais importantes desse tipo de estudo: a facilidade de montagem e execução da investigação, pelo emprego freqüente de bases de dados secundários; baixo custo; simplicidade analítica e capacidade para geração de hipóteses. Por outro lado, o baixo poder analítico e a vulnerabilidade à chamada falácia ecológica são mencionados como seus principais defeitos. A falácia ecológica corresponde à atribuição de coeficientes que representariam médias de subgrupos populacionais de uma área como se correspondessem à população total de tal área, levando às suposições de que os mesmos indivíduos seriam simultaneamente portadores de um problema de saúde e do atributo associado (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

Contudo, a existência da falácia ecológica pode ser considerada uma característica própria dos estudos ecológicos, e não obrigatoriamente um problema metodológico. Essa afirmação se sustenta a partir da argumentação de que a possibilidade do emprego de um conjunto complexo de variáveis e processos viabiliza a aproximação do desenho ecológico com a percepção mais apurada da dinâmica concreta da realidade social, dotando-o de um qualitativo agora denominado efeito agregado (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

### Território

Segundo Haesbaert e Limonad (2007), existiriam diferentes concepções de território, distribuídas a partir de três linhas de abordagem, conforme a dimensão social priorizada: jurídico-política, cultural e econômica. A partir da dimensão jurídico-política, definiu-se território como um espaço delimitado e controlado sobre e por meio

do qual se exerce um determinado poder, especialmente o de caráter estatal. A concepção culturalista, por sua vez, estabelece território como produto fundamental da apropriação do espaço feita através do imaginário e/ou da identidade social. Por fim, o território é visto, na abordagem econômica, como produto espacial do embate entre classes sociais e da relação capital-trabalho.

O conceito de território escolhido segue as considerações de Santos (1997; 2004). A categoria empregada passa a ser o território utilizado, ou território vivo, percebido como um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e de ações, considerados como um quadro único no qual a história se dá. A contribuição dessa caracterização se faz ao entender o espaço como processo e produto das relações sociais, que se realiza enquanto uma instância social, e ao destacar o papel da economia política e das relações sociais de poder na produção do espaço, apontando a importância da categoria território nas análises geográficas (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

#### Doença mental severa (DMS)

Define-se como transtorno mental que apresenta perfil de expressão sintomatológica grave, acarretando, quase sempre, em significativos prejuízos sócio-funcionais para os acometidos. Incluem-se, nessa caracterização, as categorias diagnósticas da décima edição da Classificação Internacional das Doenças-CID10: Esquizofrenia-CID10 F20, Transtorno Esquizoafetivo - CID10 F25, Transtorno Afetivo Bipolar-CID10 F31, algumas formas de Transtornos Depressivos - CID10 F32 e F33, Transtorno de Pânico-CID10 F41.0 e Transtorno Obsessivo-compulsivo-CID10 F42 (NATIONAL ADVISORY MENTAL HEALTH COUNCIL, 1993). O estudo de Kessler *et al*(1996) elenca as situações em que se pode considerar a ocorrência de Doença Mental Severa-DMS:

- A. Prevalência de um ano de psicose não-afetiva ou de mania;
- B. Prevalência para toda a vida de psicose não-afetiva ou de mania associada à evidência de que o indivíduo apresentaria sintomas caso não fosse tratado;
- C. Prevalência de um ano para Depressão Maior-CID10 F32 ou Transtorno de Pânico-CID10 F41.0, com evidências de que a doença levou ao uso de medicações psicotrópicas ou à hospitalização;

- D. Existência de transtorno mental em que o indivíduo acometido manifestou, nos últimos doze meses, planejamento ou tentativa de suicídio;
- E. Ocorrência de transtorno mental comprometendo significativamente a capacidade laboral;
- F. Verificação de sérios prejuízos nas relações interpessoais de um indivíduo provocados por um transtorno mental.

O estudo de Kessler *et al* (1996) utilizando-se de dados de dois grandes levantamentos epidemiológicos norte-americanos, o National Comorbidity Survey-NCS e o Baltimore Epidemiology Catchment Área-ECA, por meio de estimativas combinadas, chegou a valores de prevalência de transtorno mental em geral e de DMS na população adulta, com dezoito anos ou mais, em torno de 23,9% e 5,4%, respectivamente. Essas taxas são um pouco maiores quando se considera apenas a faixa etária de 18 a 54 anos de idade - 24,6%, para transtorno mental em geral, e 6,2%, para DMS.

#### Doença mental não severa (DMNS) ou Transtorno mental comum (TMC)

Define-se como transtorno mental que apresenta perfil de expressão sintomatológica leve ou moderada, que causa sofrimento e prejuízos sócio-funcionais para os acometidos, embora em nível menos significativo do que o verificado na DMS.

A expressão transtorno mental comum-TMC foi criada pelos pesquisadores Goldberg e Huxley, em 1992, para designar transtornos muito freqüentes na comunidade, com prevalências, nos países industrializados, que variavam de 7% a 30% (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Essa categoria de doença mental inclui transtornos não psicóticos cujos sintomas mais freqüentes são fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (ROCHA *et al*, 2010).

## 2.7 Caracterização do campo

### Caso Guaiúba

Localizada na região dos maciços residuais cearenses, comumente chamados de serras dispersas pelas depressões sertanejas, aparece Guaiúba, em uma bela paisagem ao sopé da serra da Aratanha.

O nome Guaiúba deriva da tradução do tupi-guarani feita pelo escritor José de Alencar, significando “por onde caminham as águas do vale”, o que remete à passagem do rio de mesma designação, que corta a cidade, vindo da serra, para desembocar no complexo hidrográfico do rio Pacoti.

Consta que o espaço onde hoje se localiza Guaiúba começou a ser ocupado somente no início do século XIX, embora as terras correspondentes tenham sido doadas pela Coroa Portuguesa bem antes, por volta de 1682, porém sem tomada de posse por seu donatário. A migração para o território deu-se propulsionada pelo início da produção de café nas Serras de Baturité e Aratanha, cujos solos se adaptavam ao cultivo dos grãos, além do algodão, produto bastante relevante para o desenvolvimento da cidade de Fortaleza, que o exportava para outras partes do mundo. Guaiúba, localizada na região, passou a ser habitada em decorrência do atrativo econômico do setor agro-produtor (GUAÍÚBA, 2012).

O espaço urbano de Guaiúba foi se organizando, inicialmente, em torno de sua estação ferroviária, que foi inaugurada em 1872, inserida no contexto do grande papel no transporte de passageiros e mercadorias que à época detinham as linhas férreas. Aos arredores da chamada Estrada de Ferro de Baturité, portanto, desenvolveu-se o centro comercial e político da cidade (GUAÍÚBA, 2012).

Em 1899, surge um espaço de culto católico, a Igreja Matriz de Guaiúba, dedicada a Jesus, Maria e José, que foram elevados à categoria de padroeiros da cidade. Em área adjacente à igreja, foi instalado o cemitério, contribuindo para uma ocupação urbana discreta da região, somente revertida nos anos 1990, com as construções do hospital municipal e do terminal rodoviário, o que transformou a paisagem do antigo logradouro, denominado, pejorativamente, de Alto do Cemitério (GUAÍÚBA, 2012).

Outro espaço católico que assumiu grande destaque foi a Capela do Santo

Cruzeiro, construída em 1931, dando origem à importante Festa do Santo Cruzeiro, que acontece anualmente, no mês de setembro, configurando-se no principal evento religioso e festivo da cidade.

Em 1869, Guaiúba foi elevada à categoria de vila, tendo seus primeiros vereadores eleitos quatro anos depois. Porém, esteve subordinada administrativamente ao município de Pacatuba até o ano de 1987, quando foi considerada emancipada por decreto do então governador do Ceará, após decisão de plebiscito ocorrido no ano anterior. O primeiro prefeito assumiu o cargo em 1989 (GUAÍÚBA, 2012).

Atualmente, o município de Guaiúba, que possui uma área de 267,2 km<sup>2</sup>, está dividido territorialmente em seis distritos: Guaiúba (distrito sede), Água Verde, Baú, Dourado, Itacima e Núcleo Colonial Pio XII, conhecido popularmente como São Jerônimo. Encontra-se localizado ao nordeste do estado do Ceará, na Região Metropolitana de Fortaleza, distante 38 km da capital, fazendo limites com os seguintes municípios: Pacatuba e Maranguape, ao norte; Redenção, Acarape e Santa Quitéria, ao sul; Pacajus, Horizonte, Itaitinga e Pacatuba, a leste; Redenção, Maranguape e Palmácia, a oeste (IPECE, 2012).

A população de Guaiúba, segundo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2010), consta de 24.091 habitantes, a maior parte dos quais (78,36%) residindo em áreas urbanas, proporcionando uma densidade demográfica de 94,83 habitantes por km<sup>2</sup>. A faixa etária de 15 a 64 anos é predominante (65,27%), sendo seguida pela de 0 a 14 anos (28,7%). As pessoas com 65 anos ou mais perfazem apenas 6,66% do total. Guaiúba possui 6408 domicílios, sendo que 5047 estão localizados em zona urbana e 1361 em zona rural (IPECE, 2012).

O município tem clima tropical quente, sub-úmido, apresentando precipitação pluviométrica anual média de 904,5mm, e variação de temperaturas entre 26° e 28 °C. Está banhado pela bacia do rio Pacoti, sendo seus rios intermitentes, com escoamento superficial nulo durante alguns meses do ano. Além disso, conta com 20 pequenos açudes (GUAÍÚBA, 2012).

Guaiúba apresenta vegetação diversificada, desde a Caatinga Arbustiva Densa a manifestações de florestas tropicais pluviais, representadas por Floresta Subcaducifólia Tropical Pluvial ou Mata Seca e Floresta Subperenifólia Tropical Plúvio-Nebular ou Mata Úmida/Subúmida. Sua estrutura geológica é simples,

composta predominantemente por rochas cristalinas, formando um solo mineral, não hidromórfico, do tipo Bruno Não Cálcico. Também podem ser vistos solos mais profundos, do tipo Podzólico Vermelho-amarelo, presentes em relevos que variam do plano ao montanhoso, podendo apresentar argila e minerais primários (GUAÍÚBA, 2012).

Quanto à assistência em saúde, o município dispõe de dez equipes da Estratégia de Saúde da Família-ESF, o que representa uma cobertura completa em atenção básica. Há um total de 5779 famílias, sendo assistidas pelas respectivas unidades de saúde, na seguinte distribuição:

- A. Centro de Saúde Clóvis Teixeira, localizado no distrito Sede: 1302 famílias. Este centro de saúde foi recentemente desmembrado em dois: Unidade Básica de Saúde Helder Bezerra, responsável por 564 famílias, e Centro de Saúde Pinheiro, responsável por 738 famílias. Consideramos, para o presente estudo, a unidade original como referência de abrangência territorial, pois já havia sido adotada, para fins de cálculo amostral, antes do desmembramento.
- B. Unidade Básica de Saúde da Família Adelina Cabral Torres, localizada no distrito Sede: 834 famílias.
- C. Centro de Saúde Santo Antônio, localizado no distrito Sede: 623 famílias.
- D. Unidade Básica de Saúde Eloy Moreira, localizado no distrito Água Verde: 598 famílias.
- E. Unidade Básica de Saúde Maria de Lourdes, localizada no distrito Água Verde: 484 famílias.
- F. Unidade Básica de Saúde Isaac Newton Campos, localizada no distrito Itacima: 924 famílias.
- G. Unidade Básica de Saúde Raimundo Rodrigues do Nascimento, localizada no distrito Baú: 532 famílias.
- H. Unidade Básica de Saúde Antônio Genuíno Ribeiro, localizado no distrito Núcleo Colonial Pio XII, mas que também assiste o distrito de Dourado: 482 famílias, sendo 186 correspondentes ao distrito de Dourado e 296 ao distrito Núcleo Colonial Pio XII.

Guaiúba também possui um hospital geral de pequeno porte, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF e um CAPS Geral, inaugurado em 2011.

## 2.8 Procedimentos

### 2.8.1 Definição da amostra

A população do estudo foi constituída de 5779 famílias abrangidas pela Estratégia de Saúde da Família-ESF, correspondendo ao total de famílias do município, que estão distribuídas nos seguintes distritos:

- a) Sede: 2759 famílias, distribuídas, por sua vez, em três ESF, os quais abrangem 1302, 834 e 623 famílias, respectivamente.
- b) Água Verde: 1082 famílias, distribuídas, por sua vez, em dois ESF, os quais abrangem 598 e 484 famílias, respectivamente.
- c) Itacima: 924 famílias.
- d) Baú: 532 famílias.
- e) Dourado: 186 famílias.
- f) Núcleo Colonial Pio XII: 296 famílias.

A amostra foi calculada a partir da representação da população adulta de Guaiúba, estratificada por famílias/distrito, escolhida randomicamente. No cálculo da amostra estratificada por distrito utilizou-se a fórmula para população finita (COCHRAN, 1977):

$$n = \frac{N \sum N_h P_h Q_h}{N^2 V + \sum N_h P_h Q_h}$$

Onde:

n: quantidade de famílias a serem selecionadas em cada distrito (tamanho da amostra);

N: quantidade de famílias do município;

N<sub>h</sub>: quantidade de famílias dos distritos (h);

$V = \left( \frac{\mathcal{E}}{z} \right)^2$  : indica a variância fixa, para o cálculo do tamanho amostral (n);

$\mathcal{E}$  : erro amostral fixado em 2%;

Z: valor tabelado da distribuição normal padrão, ao nível de significância de 5%;

Ph: proporção de famílias com o atributo doença mental, no estrato h;

Qh: proporção de famílias sem o atributo doença mental, no estrato h.

Considerou-se um erro amostral de 2 %, e nível de significância de 5% ( $\alpha$ ), prevalência de doença mental de 10%, na determinação do tamanho da amostra, que compreendeu 513 famílias, que foram estratificadas, de acordo com os distritos, em:

a. Guaiúba:  $116 + 74 + 55 = 245$  famílias.

b. Água Verde:  $53 + 43 = 96$  famílias.

c. Itacima: 82 famílias.

d. Baú: 47 famílias.

e. Dourado: 17 famílias.

f. Núcleo Colonial Pio XII: 26 famílias.

O critério de inclusão para seleção amostral foi de família residente no município de Guaiúba e cadastrada na Estratégia de Saúde da Família do município. As famílias componentes da amostra foram selecionadas por meio de sorteio aleatório, considerando-se o número amostral correspondente a cada distrito.

### 2.8.2 Coleta de dados secundários

Foram coletados dados registrados e sistematizados por órgãos governamentais e institutos de estatística, com informações da Prefeitura Municipal de Guaiúba-PMG, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE e do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará-IPECE. Para o município, utilizou-se o Índice de Desenvolvimento Municipal-IDM e para distritos e município, fez-se coleta de dados com o intuito de traçar o perfil sócio-econômico-demográfico territorial, pela aplicação do Índice de Ponderação Sócio-Sanitário-IPSS, desenvolvido por Vasconcelos Filho (2002). O período almejado para os dados foi o de maior atualidade possível, sendo que para o IBGE a referência foi o censo de 2010, para o IPECE, a última publicação de IDM disponível, e para a PMG e DATASUS, o ano imediatamente anterior ao da coleta, ou seja, 2011.

### 2.8.3 Recrutamento de aplicadores de instrumentos de investigação de morbidade psiquiátrica

Levando em consideração o tamanho amostral, necessitou-se do auxílio de um número significativo de entrevistadores e que estes tivessem bom acesso às famílias e conhecimento territorial razoável das áreas a serem investigadas. A Prefeitura Municipal de Guaiúba, especialmente a Secretaria de Saúde do Município, apoiou o processo da pesquisa disponibilizando os agentes comunitários de saúde para que pudessem aplicar instrumento de investigação de morbidade psiquiátrica na população-alvo, após treinamento específico.

### 2.8.4 Treinamento dos aplicadores de instrumentos de investigação de morbidade psiquiátrica

Então passamos ao treinamento dos agentes comunitários de saúde de Guaiúba, por meio de oficinas de capacitação para aplicação dos instrumentos. Para facilitação operacional, os 39 agentes comunitários de saúde do município foram divididos em dois grupos, um com 20 e outro com 19 integrantes. Foram realizadas, então, oficinas com duração de oito horas, por grupo, nas quais ocorreram as seguintes etapas:

- 1) Apresentação geral da pesquisa.
- 2) Explicação sobre os instrumentos de investigação: em que consistem e de que forma deveriam ser procedidas as perguntas.
- 3) Esclarecimento sobre dimensão ética: aceitação ou recusa dos investigados, assinatura de termo de consentimento, preservação de sigilo, entendimento do entrevistado sobre a natureza da pesquisa.
- 4) Esclarecimento para que caso ocorresse necessidade de assistência psiquiátrica a qualquer dos entrevistados, verificada durante ou após as entrevistas, houvesse suporte do CAPS do município para atender a tal demanda.
- 5) Teste de aplicação dos instrumentos entre os participantes, com formação de subgrupos, nos quais os indivíduos interagiram alternadamente, ora como aplicador, ora como entrevistado.

- 6) Orientação para reposição das eventuais famílias que recusarem participação na pesquisa por aquelas que residirem imediatamente ao lado das recusantes.

#### 2.8.5 Aplicação de instrumentos de morbidade psiquiátrica

Após o projeto ter sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-CEP da Universidade Estadual do Ceará-UECE, e em sendo recebida sua aprovação, deu-se início à aplicação de instrumentos de investigação de morbidade psiquiátrica na amostra previamente selecionada, que abrangeu o período dos meses de outubro e novembro de 2012. A unidade de investigação foi residência familiar e o conjunto de adultos de uma família constituiu uma família. Em cada família, um adulto presente no momento da aplicação da pesquisa e concordante, por meio da assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A), foi submetido à aplicação dos instrumentos de investigação. Primeiramente, foi aplicado o Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto-QMPA (Anexo A). Para casos positivos de transtorno mental, detectados pela presença de sete ou mais respostas sim do QMPA, foi também aplicado o Inventário de Gravidade de Doença Mental-IGDM (Apêndice A). Para pelo menos uma resposta sim do IGDM confirmava-se DMS. Da amostra de 513 famílias inicialmente sorteadas, houve uma perda de cerca de 10% (49 famílias) por recusa em participar da pesquisa, tendo sido substituídas integralmente por famílias residentes imediatamente ao lado dos domicílios daquelas que se recusaram.

#### 2.8.6 Procedimento de generalização

Com o objetivo de obtenção de parâmetro de generalização dos resultados empíricos, efetivou-se o seguinte procedimento:

- a. Verificaram-se quais municípios cearenses estão na mesma classe de IDM de Guaiúba.
- b. Dentre os municípios selecionados no passo anterior, foram elencados

aqueles com mesmo porte populacional de Guaiúba, considerando a faixa de 20.000 a 30.000 habitantes, de acordo com censo do IBGE de 2010.

- c. Os municípios cearenses de mesmo IDM e porte populacional de Guaiúba compuseram o conjunto de generalização direta para o perfil epidemiológico encontrado.

## 2.9 Instrumentos de investigação

Foram utilizados quatro instrumentos de investigação, dos quais dois estão relacionados com morbidade psiquiátrica, e foram aplicados aos adultos das residências familiares, presentes e concordantes no momento da investigação. Os demais são instrumentos obtidos por meio de dados secundários e descritores de condições sócio-econômico-demográficas territoriais.

### 2.9.1 Questionário de Morbidade Psiquiátrica Do Adulto – QMPA (Anexo A)

Trata-se de uma escala de rastreamento desenvolvida no Brasil por Santana em 1982. Conta com 45 questões, as quais abrangem sinais e sintomas característicos das doenças mentais, além de questões sobre tratamento psiquiátrico, uso anterior e atual de drogas psicofarmacológicas (ANDREOLI *et al*, 1994; WUTKE, 2009). As questões têm alternativas de resposta sim ou não, às quais são atribuídos valores 1 ou 0, possibilitando a aplicação do QMPA por entrevistador leigo, assim como também permite a auto-aplicação ou resposta por terceiros. As primeiras 43 questões devem ser respondidas sobre o próprio indivíduo do qual se quer saber o estado de saúde mental. As duas últimas questões (questões 44 e 45) referem-se à sintomatologia apresentada por qualquer um dos membros da família do indivíduo do qual se quer saber o estado de saúde mental (WUTKE, 2009). O QMPA, para o ponto de corte 6/7, apresentou uma sensibilidade de 75% no estudo-piloto e 93% no teste de campo, e uma especificidade de 53% e 94% (ANDREOLI *et al*, 1994).

### 2.9.2 Inventário de Gravidade de Doença Mental – IGDM (Apêndice A)

Constitui-se de um inventário construído pelo pesquisador, a partir do presente estudo, com a finalidade de obter confirmação e maior precisão quanto à severidade de casos de doença mental detectados pelo QMPA. Seu objetivo principal é, portanto, alcançar a especificidade do objeto em investigação, a DMS, que em alguns casos poderia não ser contemplado pelo QMPA.

É composto por cinco questões com alternativas de respostas sim ou não, abrangendo critérios delimitadores de DMS, em indivíduos com transtorno mental, tais como: história de internação psiquiátrica; uso regular de medicação psicotrópica; manifestação de planejamento ou tentativa de suicídio nos últimos doze meses; existência de prejuízo laboral significativo; prejuízo significativo nas relações interpessoais de um indivíduo.

O IGDM foi aplicado somente aos entrevistados que, primeiramente, apresentaram pelo menos sete respostas sim ao QMPA, correspondendo a casos positivos para transtorno mental ou doença mental geral-DMG. Pelo menos uma resposta sim ao IGDM corresponde a preenchimento de critério de gravidade para doença mental, constituindo, pois, confirmação de caso de DMS. Os entrevistados com IGDM negativo, por outro lado, foram considerados como acometidos de doença mental não severa-DMNS, também denominada transtorno mental comum-TMC (ROCHA *et al*, 2010).

### 2.9.3 Índice de Ponderação Sócio-Sanitária – IPSS (Anexo B)

O IPSS é um indicador composto, criado por Vasconcelos Filho (2002), aplicado ao município de Fortaleza, e que compreende a combinação dos seguintes indicadores:

- I. Proporção de chefes de família com renda de até dois salários mínimos;
- II. Proporção de casas com acesso precário a água tratada;
- III. Proporção de analfabetismo;
- IV. Proporção de casas com acesso precário a esgoto;
- V. Proporção de casas com acesso precário a coleta de lixo;

- VI. Número de estabelecimentos de ensino;
- VII. Número de unidades de saúde;
- VIII. Coeficiente de mortalidade infantil.

Foram atribuídas as taxas de tais indicadores em cada bairro de Fortaleza. Então, foi estabelecido um peso para cada uma dessas variáveis, em decorrência do impacto diferenciado das mesmas sobre o fenômeno em estudo. As variáveis relacionadas à renda, analfabetismo e mortalidade infantil receberam peso 3, aos indicadores quanto à número de estabelecimentos de ensino e número de serviços de saúde por bairro foi destinado um peso intermediário (peso 2), e o menor peso (peso1) foi atribuído aos demais indicadores: proporções de casas com acesso precário a água tratada, proporções de casa com acesso precário a esgoto e proporções de casa com acesso precário a coleta de lixo.

Para fins de cálculos dos IPSS considerados pelo presente estudo, utilizaram-se no numerador os seguintes indicadores: proporção de chefes de família com renda de até dois salários mínimos, proporção de analfabetismo, coeficiente de mortalidade infantil, proporção de casas com acesso precário a água tratada, proporção de casas com acesso precário a esgoto e proporção de casas com acesso precário a coleta de lixo. Os indicadores número de estabelecimentos de ensino e número de unidades de saúde figuraram no denominador. Todos os indicadores tiveram seus valores padronizados na mesma unidade matemática, qual seja o percentual, admitindo até duas casas decimais. As variáveis relacionadas a número de estabelecimentos de ensino e número de unidades de saúde foram obtidas por cálculo da fração proporcional de número de estabelecimentos, de ensino e saúde, para cada 100 famílias do território considerado.

Para fins de análise, quanto maior for o valor de IPSS, piores serão as condições socioeconômicas do território considerado.

A presente pesquisa utilizou o IPSS como indicador de perfil sócio-econômico territorial, constituindo elemento central de análise na dimensão de determinação.

#### 2.9.4 Índice de Desenvolvimento Municipal – IDM (Anexo C)

O Índice de Desenvolvimento Municipal–IDM foi concebido e formulado pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará–IPECE, com o intuito de reunir diversos indicadores relacionados a diferentes dimensões que retratassem o desenvolvimento dos municípios cearenses, permitindo hierarquização de acordo com o nível de desenvolvimento observado. Para o cálculo do IDM são empregados trinta indicadores, distribuídos em quatro categorias: fisiográficos, fundiários e agrícolas; demográficos e econômicos; infra-estrutura de apoio; sociais (IPECE, 2012).

O IDM é frequentemente utilizado no acompanhamento do desempenho de municípios, servindo como instrumento diagnóstico e de referência para a proposição e orientação de políticas públicas (IPECE, 2012).

Contabilizam-se, até o presente, sete publicações do IDM, que teve sua primeira versão desenvolvida por equipe técnica do Instituto de Pesquisa e Informação do Ceará-IPLANCE, no ano de 1997. A partir de 2004, o índice passou a ser calculado e editado pelo IPECE, que lançou naquele ano o IDM-2002. Desde então, a publicação do IDM passou a ser bianual (IPECE, 2012).

O presente estudo utilizou os dados do IDM-2010, que foi publicado pelo IPECE em 2012. Nessa publicação, foram encontrados, para os 184 municípios cearenses, os IDM localizados no intervalo de pontuação de 6,56 a 73,96, possibilitando constituição de quatro classes de municípios com hierarquia decrescente de desenvolvimento:

- A. Classe 1: formada apenas pelo município de Fortaleza, que obteve índice 73,96.
- B. Classe 2: incluindo 8 municípios, com índices variando no intervalo de 43,14 a 60,66.
- C. Classe 3: composta por 70 municípios, distribuídos em índices localizados no intervalo de 23,82 a 39,92.
- D. Classe 4: contendo 105 municípios, que obtiveram os piores índices de desenvolvimento, que variaram no intervalo de 6,56 a 23,29.

## 2.10 Técnicas de interpretação

Inicialmente, fez-se a descrição dos resultados quantitativos, os quais foram obtidos por meio de elementos estatísticos descritivos e analíticos.

As variáveis causais foram classificadas em variáveis de desfecho e explicativas, e correspondem, respectivamente, à ocorrência familiar de DMS, DMG e DMNS, e às condições socioeconômicas territoriais.

Foi considerado caso positivo familiar para DMG quando houve pontuação igual ou superior a sete no QMPA, e para DMS quando os casos positivos no QMPA tiveram também pelo menos uma resposta sim no IGDM, para o adulto entrevistado, em cada residência familiar. Os casos positivos de DMNS familiar foram obtidos pela subtração dos casos DMS positivos dos casos DMG positivos. A partir disso, foram calculadas taxas de prevalência de DMG, DMS e DMNS, pela relação entre número de famílias afetadas e o número total de famílias da amostra de cada território considerado, ou seja, do município e de seus seis distritos.

Fez-se, então, descrição socioeconômica dos territórios, considerando aspectos sócio-históricos concretos e indicadores encontrados a partir das bases de dados secundários. Também foi realizada comparação dos perfis socioeconômicos territoriais, entre si e em relação aos cenários cearense e brasileiro.

Posteriormente, descreveram-se os perfis epidemiológicos de doença mental dos territórios, comparando-os com características previstas na literatura.

Em seguida, foi calculado o IPSS do município e de cada distrito, seguindo o padrão desenvolvido por Vasconcelos Filho (2002). A partir disso, foi realizada relação e correlação, onde cabia, entre as taxas de prevalência e os índices de ponderação sócio-sanitária calculados. Este procedimento permitiu também a análise de revalidação do IPSS como indicador composto.

Para a tabulação dos dados e para a construção de tabelas e gráficos foi utilizado o programa EXCELL, procedendo-se a dupla digitação dos dados como forma de detectar possíveis inconsistências. Para o processamento dos dados gerais, foi utilizado o programa SPSS, versão 18.0.

Foi efetuada análise descritiva das variáveis, para caracterização territorial quanto a valores de IPSS e prevalências de DMG, DMS e DMNS.

Os dados univariados foram analisados, inicialmente, de forma descritiva,

usando-se as freqüências (absolutas e percentuais), e, depois, para análise de diferenciais entre distritos quanto à ocorrência de doença mental, realizado teste quiquadrado ( $\chi^2$ ), ao nível de significância de 5%.

Na análise bivariada, para as variáveis qualitativas, foram verificadas associações entre os desfechos (famílias com DMG, DMS, DMNS) e a variável explicativa (condições sócio-econômicas dos distritos, sintetizadas pelo IPSS). Utilizou-se, em primeiro momento, o teste *Odds Ratio* (OR), para verificar a força da associação entre as variáveis. Adotou-se, para isso, recodificação do IPSS, que foi classificado em alto e baixo, respectivamente, de acordo com seu valor acima ou abaixo da média de 3,21, tendo dividido os distritos em dois grupos de três componentes.

Após a verificação de não normalidade dos dados, aplicou-se o teste Mann-Whitney (Teste U) para a comparação de médias de IPSS entre os indivíduos normais e afetados, ao nível de significância de 5%.

Posteriormente, determinou-se o universo de generalização direta para perfil epidemiológico de doença mental severa. Para os municípios cearenses componentes do grupo formado pela intersecção entre os municípios de mesmo tamanho populacional e mesmo IDM de Guaiúba, foi generalizado o perfil epidemiológico de transtornos mentais encontrado.

A apresentação dos resultados foi efetivada por meio de gráficos, curvas, mapas e discussão teórica amparada em literatura pertinente.

## **2.11 Forma de exposição**

A exposição do presente trabalho seguiu a estrutura geral das monografias, dissertações e teses, com forma própria dos estudos qualitativos, obedecendo à seguinte sequência:

1. Pré-textual (da capa até o sumário).
2. Introdução.
3. Tratamento Metodológico.
4. Resultados e Discussão, apresentados em nove sessões: as sete primeiras correspondendo à descrição e análise dos perfis

socioeconômicos e de prevalência de transtornos mentais do município e dos distritos, estes elencados em ordem decrescente de tamanho populacional; a oitava tratando da análise de relação entre perfis, com utilização do IPSS como variável explicativa; a nona descrevendo os resultados do procedimento de generalização para outros municípios cearenses.

5. Considerações finais (Considerações gerais, conclusões, recomendações).
6. Pós-textual (referências bibliográficas e anexos).

## **2.12 Dimensão ética**

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-CEP da UECE, por intermediação da Plataforma Brasil, sendo que sua execução foi iniciada apenas após sua aprovação.

Para os adultos que estavam presentes nas residências familiares a serem investigadas e concordaram em participar do estudo, foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido que foi assinado como forma de autorizar a sua participação na pesquisa, de acordo com o que rege a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde-CNS. Este termo atendeu a todos os critérios éticos e científicos preconizados para pesquisa que envolve seres humanos, informando o objetivo da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, além de garantir o sigilo das informações dos participantes.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, CAEE N° 06778312.3.0000.5534 por parecer N° 100.148, em 17 de setembro de 2012.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 O município Guaiúba

Guaiúba pode ser considerado um município pobre, levando-se em conta o tamanho de sua economia. Dados do IBGE e IPECE (2012) mostram que o município apresentou um Produto Interno Bruto-PIB *per capita*, em 2008, de R\$ 3.131,00, correspondendo a menos da metade do valor do Estado do Ceará e a aproximadamente um quinto do valor do Brasil. No mesmo ano de 2008, verifica-se a concentração do PIB de Guaiúba no setor de serviços, 73,05%, evidenciando sua preponderância em relação à agropecuária e à indústria, com participações bem menores, de 14,20% e 12,74%, respectivamente (IPECE, 2012).

A característica de economia terciária de Guaiúba é ratificada quando se observa a distribuição setorial de empregos formais em 2010, pois cerca de 70% dos empregados estão vinculados ao comércio, serviços ou administração pública (IPECE, 2012). Pode-se destacar o elevado número de empregados na administração pública, 35,36% do total, revelando situação de grande instabilidade e vulnerabilidade de muitos trabalhadores, especialmente aqueles sem vínculo estatutário, a movimentos políticos locais e suas possíveis alternâncias de poder.

A agropecuária, setor econômico importantíssimo na constituição histórica da cidade de Guaiúba, vem progressivamente perdendo espaço, aspecto traduzido pela abrangência de apenas 18,34% dos empregos por tal setor, em 2010 (IPECE, 2012). Essa evidência também pode ser consubstanciada pela diferente evolução de proporção das populações rural e urbana do município, no período de 1991 a 2010, tendo havido decréscimo, de 42,79% para 21,64%, da primeira (IPECE, 2012).

A existência de apenas 293 empregos (10,25% do total), em 2010, na indústria, revela incipiência do setor secundário no município (IPECE, 2012). Pode-se afirmar, por outro lado, que Guaiúba, em decorrência de sua proximidade à capital Fortaleza e a cidades como Pacatuba e Maracanaú, que possuem setores industriais desenvolvidos, para muitos de seus moradores funciona como uma cidade dormitório. Nesse sentido, os trabalhadores se deslocam para aquelas cidades, durante o dia, exercendo atividades laborais em oportunidades de emprego que não tiveram na cidade de origem, e retornam, à noite, para descansarem, antes

de outra jornada de trabalho.

No tocante ao desenvolvimento, Guaiúba está classificada na classe 4 do IDM referente a 2010, incluída, portanto, entre os 105 municípios cearenses de pior desempenho no indicador (IPECE, 2012). Ocupa, especificamente, a nonagésima nona posição no *ranking* dos 184 municípios, apresentando valor de IDM de 20,49. Entre as dimensões do IDM, tem melhores resultados nos aspectos sociais e de infra-estrutura de apoio, com valores 26,36 e 27,44, respectivamente, baixo desempenho na dimensão demográfico-econômica, com valor de 17,24, e péssimo panorama na dimensão que engloba os aspectos fisiográficos, fundiários e agrícolas, com valor 11,7 (IPECE, 2012).

Em relação à renda mensal por domicílio, com base no censo do IBGE de 2010, Guaiúba possui expressiva concentração (81,33%) na classe de rendimentos de até 2 salários mínimos, bem acima do percentual brasileiro (45,79%) e maior que o percentual do Ceará (67,69%). Considerando apenas os domicílios em que a renda é inferior a um salário mínimo, tem-se um percentual ainda significativo (50,03%), do qual cerca de 10% é constituído de domicílios sem rendimento algum ou com renda dependente de benefícios governamentais. Portanto, trata-se de um município de renda familiar média muito baixa, expondo seus grupos familiares a baixo poder aquisitivo e precária condição material de existência.

Guaiúba apresentou taxa de alfabetização de pessoas de 10 anos ou mais de idade de 79,3% em 2010 (IBGE, 2010). Dessa forma, a taxa de analfabetismo do município, de 20,7%, ficou um pouco acima da taxa cearense (17,2%) e mais do que o dobro do valor nacional (9%). Embora haja tendência de melhora nos últimos anos, como mostra um dado de redução de pouco mais de 10% no analfabetismo funcional na população de 15 anos ou mais (IPECE, 2012), e a despeito do esforço governamental, pelo menos do ponto de vista quantitativo, levando-se em conta o número de escolas existentes - 29 escolas no total, proporção de uma escola para cerca de 200 famílias - o nível de escolaridade de Guaiúba necessita aumentar em cerca de 3%, para atingir, pelo menos, a média do Ceará.

A mortalidade infantil de Guaiúba em 2011 foi muito baixa, tendo havido apenas dois óbitos durante o ano, o que determinou um Coeficiente de Mortalidade Infantil-CMI de 5,37 por 1000 nascidos vivos, com valor bem inferior aos coeficientes do Ceará e Brasil, que foram de 12,3 por 1000 e 16 por 1000, respectivamente (DATASUS, 2012). Os dois óbitos ocorridos foram de crianças residentes no distrito

Sede, não tendo havido óbitos infantis, portanto, nos demais distritos do município. Esse bom desempenho no CMI pode em parte ser explicado pela boa cobertura na rede assistencial em saúde, especialmente no que tange à atenção primária, representada por dez equipes da ESF, distribuídas pelos seis distritos. Guaiúba conta atualmente com 13 unidades de saúde, sendo 10 postos de saúde, que abrigam as ESF, além de um hospital geral de pequeno porte, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF e um CAPS Geral, inaugurado em 2011 (GUAIÚBA, 2012).

Ainda pelo censo de 2010, pode-se verificar em Guaiúba um acesso à coleta de lixo não satisfatório, pois 30,55% dos domicílios não dispõem desse serviço, proporção superior às do Estado do Ceará (24,66%) e do Brasil (12,59%). Por outro lado, o município apresenta resultado um pouco melhor em relação ao estado e ao país no que tange à proporção de domicílios com acesso à água tratada, sendo os valores de 84,47%, 77,23%, 82,86%, respectivamente. Quanto à cobertura domiciliar de esgotamento sanitário adequado, evidencia-se precariedade em todo território brasileiro – 99,26% de residências com acesso inadequado-, havendo perfil muito semelhante, embora com proporções levemente menores, no Ceará (98,99%) e em Guaiúba (98,32%). Abaixo uma tabela sintetiza o perfil socioeconômico descrito.

**Tabela 1 – Perfil socioeconômico de Guaiúba**

<b>Indicador/ Território</b>	<b>Guaiúba</b>	<b>Ceará</b>	<b>Brasil</b>
PIB <i>per capita</i> em R\$ em 2008	3.131,00	7.112,00	1.5240,00
IDM de 2010	20,49 (99° do Ceará)	-	-
% famílias com rendimento < 2 salários mínimos	81,33	67,69	45,79
Taxa de Analfabetismo em >10 anos idade em %	20,70	17,20	9
Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos	5,37	12,30	16
% domicílios com acesso precário á coleta de lixo	30,55	24,66	12,59
% domicílios com acesso precário à água tratada	15,53	22,77	17,14
% domicílios com acesso precário a esgotamento sanitário	98,32	98,99	99,26
Proporção de escolas para cada 100 famílias	0,50	-	-
Proporção de unidades de saúde para cada 100 famílias	0,22	-	-

Fonte: IBGE (2010).

Do perfil socioeconômico traçado, conclui-se que Guaiúba é um município economicamente pobre, com desenvolvimento insipiente e economia predominantemente terciária. As famílias de Guaiúba têm rendimento mensal baixo, com predominância significativa do estrato populacional com rendimento até dois salários mínimos. A taxa de analfabetismo pode ser considerada alta, embora com tendência decrescente. Guaiúba se destaca por possuir um bom indicador de saúde no que tange à mortalidade infantil, com nível bem abaixo dos verificados no Ceará e no Brasil. O município possui alta proporção de domicílios com acesso precário à coleta de lixo. Também há precariedade no acesso a esgotamento sanitário dos domicílios, apesar disso apenas traduzir um problema brasileiro. A proporção de domicílios de Guaiúba com acesso à água tratada é um pouco maior que as proporções cearenses e brasileiras.

As prevalências de doença mental encontradas foram de 42,30%, para DMG, 16,56%, para DMS e 25,74%, para DMNS. Desses resultados depreende-se que 39% das doenças mentais em Guaiúba têm perfil severo, e, portanto, 61% podem ser consideradas como tendo natureza leve ou moderada.

Em relação aos achados de pesquisas de prevalência de doença mental em adultos, Guaiúba apresenta nível elevado de DMG. Dois grandes estudos epidemiológicos, que avaliaram prevalência e severidade de transtornos mentais na região metropolitana de São Paulo e no território norte-americano, obtiveram taxas de DMG de 29,60% e 26,20%, respectivamente (KESSLER *et al*, 2005; ANDRADE *et al*, 2012 ). Resultados de outros estudos internacionais evidenciam contraste ainda maior, com prevalências baixas de DMG, tais como 12,10%, em trabalho realizado na Nigéria, 8,80%, em estudo feito no Japão e 7%, em pesquisa realizada em duas grandes cidades da China (KAWAKAMI *et al*, 2005; SHEN *et al*, 2005; GUREJE *et al*, 2006).

A prevalência de DMS de Guaiúba (16,56%) também ficou acima das encontradas em outros territórios, com taxa cerca de 50% maior que a verificada na região metropolitana de São Paulo (ANDRADE *et al*, 2012) e três vezes maior que a norte-americana (KESSLER *et al*, 2005).

Quanto à prevalência de DMNS ou TMC, a taxa de 25,74% encontrada em Guaiúba pode ser considerada intermediária em relação ao intervalo de prevalências verificadas em outros estudos. Pesquisas de prevalência de TMC nas cidades brasileiras de Olinda, Feira de Santana e Pelotas obtiveram taxas de 35%, 29,90% e

28%, respectivamente (LUDERMIR e MELO FILHO, 2002; COELHO *et al*, 2009; ROCHA *et al*, 2010). Por outro lado, as taxas encontradas na região metropolitana de São Paulo (19,60%) e no estudo norte-americano (20,35%) foram mais baixas que a de Guaiúba ((KESSLER *et al*, 2005; ANDRADE *et al*, 2012).

Portanto, com relação às taxas previstas pela literatura, Guaiúba possui prevalência alta de DMG e DMS, e nível de DMNS dentro do intervalo para o achado de outros estudos. Pela alta proporção de DMS, presume-se que esta categoria de doença mental esteja contribuindo para a taxa elevada de DMG do município.

### **3.2 Distrito Sede**

Existente desde a emancipação do município em 1987, o distrito Sede é o de maior população em Guaiúba, com 12.087 habitantes, cerca de 50% da população do município, e 1.302 famílias cadastradas na ESF. Atualmente são quatro equipes da ESF presentes nesse território, promovendo cobertura completa (GUAÍÚBA, 2012).

É nesse distrito, geograficamente localizado mais próximo de Fortaleza que os demais, onde se instalam os prédios administrativos da PMG e das secretarias municipais. É o território do município com maior aglomerado urbano e onde se concentra também a maior parte dos estabelecimentos comerciais. Portanto, as principais fontes de empregabilidade local são o serviço público e o comércio. Além dos mencionados, também têm importância econômica, embora em menor dimensão, a pesca, pela proximidade ao açude Pacoti, a agricultura e a fruticultura, principalmente em áreas no entorno da serra da Aratanha (GUAÍÚBA, 2012). O distrito Sede também abriga uma agência bancária, uma agência dos correios, uma delegacia pública e um fórum judicial.

O distrito Sede detém o maior número de unidades de saúde de Guaiúba, incluindo um hospital de pequeno porte, um CAPS, um NAPS, além das quatro unidades de saúde da família já referidas. Possui, além disso, metade do número total de escolas do município, sendo um estabelecimento particular, dois estaduais e doze municipais.

No tocante à renda familiar mensal, há uma proporção elevada (78,88%) de famílias com rendimento inferior a dois salários mínimos, configuração apenas um

pouco melhor que a média do município (81,33%). Ao lado disso, tal distrito apresenta taxa de analfabetismo alta (19%), embora seja a menor entre os distritos guaiubanos (IBGE, 2010).

O distrito Sede se destaca pela baixa proporção de domicílios com acesso precário à água tratada (5,7%) e à coleta de lixo (15,53%), níveis bem inferiores aos dos demais distritos e aos verificados no Ceará (IBGE, 2010). A percentagem de acesso precário a esgotamento sanitário é alta (97,39%), porém a menor do município (IBGE, 2010).

O pior indicador do distrito, quando se consideram apenas os territórios de Guaiúba, foi a mortalidade infantil (11,04 por 1000), referente ao ano de 2011, isso por ter sido o único distrito do município onde houve óbitos infantis, embora tenha apresentado taxa inferior aos níveis cearense e brasileiro (DATASUS, 2012). Pode-se ver abaixo a síntese dos indicadores.

**Tabela 2 – Perfil socioeconômico do distrito Sede**

<b>Indicador/ Território</b>	<b>Distrito Sede</b>	<b>Guaiúba</b>	<b>Ceará</b>	<b>Brasil</b>
% famílias com rendimento < 2 salários mínimos	78,88	81,33	67,69	45,79
Taxa de Analfabetismo em >10 anos idade em %	19	20,70	17,20	9
Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos	11,04	5,37	12,30	16
% domicílios com acesso precário à coleta de lixo	15,53	30,55	24,66	12,59
% domicílios com acesso precário à água tratada	5,70	15,53	22,77	17,14
% domicílios com acesso precário a esgotamento sanitário	97,39	98,32	98,99	99,26
Proporção de escolas para cada 100 famílias	0,54	0,50	-	-
Proporção de unidades de saúde para cada 100 famílias	0,25	0,22	-	-

Fonte: IBGE (2010).

No cenário do município de Guaiúba, o distrito Sede configura-se, portanto, como a unidade territorial de maior população, que concentra a maior parte da atividade comercial e administrativa, possui indicadores socioeconômicos, em geral, um pouco melhores que dos outros distritos, com destaque para a infraestrutura de

coleta de lixo e abastecimento de água tratada, estes com perfis melhores que os cearenses e os brasileiros. Por outro lado, ainda apresenta indicadores negativos, como alta taxa de analfabetismo e baixa proporção domiciliar de acesso a esgotamento sanitário, embora discretamente melhores que as do município. A taxa de mortalidade infantil constituiu indicador ruim na perspectiva local, pois os demais distritos apresentaram taxa nula, porém mantendo-se em nível abaixo do encontrado para o Ceará.

As prevalências de doença mental na Sede foram de 41,63%, para DMG, 19,69%, para DMS e 21,94%, para DMNS. Desses resultados desdobra-se que 47,30% das doenças mentais no distrito são DMS, e, portanto, 52,70% podem ser consideradas como DMNS.

O distrito Sede possui taxa de prevalência de DMG (41,61%) muito próxima ao valor do município, sendo a terceira maior entre os distritos, e, portanto, apresentando nível elevado em relação ao encontrado em outros estudos (KESSLER *et al*, 2005; KAWAKAMI *et al*, 2005; SHEN *et al*, 2005; GUREJE *et al*, 2006; ANDRADE *et al*, 2012).

A prevalência de DMS no distrito (19,69%) é um pouco maior que a média do município (16,56%) e é a segunda pior entre os distritos, aparecendo, com isso, com taxa bem acima das verificadas nos principais estudos de prevalência de severidade de doença mental (KESSLER *et al*, 2005; ANDRADE *et al*, 2012).

Por outro lado, a prevalência de DMNS da Sede (21,94%) é a terceira menor do município e apresenta nível próximo ao encontrado em estudos onde essa taxa foi baixa (KESSLER *et al*, 2005; ANDRADE *et al*, 2012).

Dessa forma, o distrito Sede, com relação às taxas previstas pela literatura, possui prevalência alta de DMG, esta com taxa semelhante à de Guaiúba, e de DMS, esta com taxa levemente mais alta que a do município. A prevalência de DMNS, contudo, pode ser considerada baixa. Portanto, a contribuição de DMS para altas taxas de DMG é maior na Sede do que no município de Guaiúba.

### **3.3 Distrito Água Verde**

A localidade de Água Verde, outrora pertencente ao município de Pacatuba, tornou-se oficialmente distrito de Guaiúba com a emancipação deste, em 1987.

Localizada a 13 km do distrito Sede, e, portanto, a cerca de 50 km de Fortaleza, Água Verde situa-se às margens da estrada CE 060, sendo esta sua principal via de acesso (GUAIÚBA, 2012).

Água Verde possui 4.217 habitantes, distribuídos em 1082 famílias, constituindo, assim, o segundo maior contingente populacional do município e segundo maior aglomerado urbano (IBGE, 2010). Tais famílias são assistidas por duas equipes de ESF, abrigadas nas duas unidades de saúde do distrito (GUAIÚBA, 2012). Na economia local, também predominam as atividades ligadas a comércio e serviços, contudo em menor volume que no distrito Sede, além da agricultura familiar, está com tendência declinante.

Em Água Verde existem quatro escolas públicas e a taxa de analfabetismo é alta (20,40%), com nível bem próximo ao do município (IBGE, 2010).

A concentração de famílias no estrato de renda de até dois salários mínimos é elevada (85,75%), sendo a segunda pior do município (IBGE, 2010). Por outro lado, o distrito não apresentou óbitos infantis em 2011 (DATASUS, 2012).

Embora Água Verde possua a pior concentração de domicílios com acesso precário a esgotamento sanitário dentre os distritos de Guaiúba (99,72%), apresenta-se como o segundo melhor distrito, inferior apenas ao distrito Sede, no que tange a acesso a coleta de lixo e acesso adequado a água tratada (IBGE, 2010). Segue abaixo a síntese do perfil socioeconômico delineado.

**Tabela 3 – Perfil socioeconômico do distrito Água Verde**

Indicador/ Território	Distrito Água Verde	Guaiúba	Ceará	Brasil
% famílias com rendimento < 2 salários mínimos	85,75	81,33	67,69	45,79
Taxa de Analfabetismo em >10 anos idade em %	20,40	20,70	17,2	9
Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos	0	5,37	12,30	16
% domicílios com acesso precário á coleta de lixo	31,01	30,55	24,66	12,59
% domicílios com acesso precário à água tratada	13,97	5,53	22,77	17,14
% domicílios com acesso precário a esgotamento sanitário	9,72	98,32	98,99	99,26
Proporção de escolas para cada 100 famílias	0,36	0,50	-	-
Proporção de unidades de saúde para cada 100 famílias	0,18	0,22	-	-

Fonte: IBGE (2010).

Dessa forma, Água Verde, segundo maior distrito de Guaiúba, com atividade econômica semelhante à do distrito Sede, porém em dimensão bem menor, se mostra como distrito de perfil socioeconômico com características mistas, apresentando tanto bons indicadores, exemplos da mortalidade infantil nula e razoáveis acessos à água tratada e coleta de lixo, como maus indicadores, especialmente em relação à concentração de famílias no estrato de baixa renda, taxa de analfabetismo alta e acesso precário a esgotamento sanitário.

As prevalências de doença mental de Água Verde foram de 44,79%, para DMG, 13,54%, para DMS e 31,25%, para DMNS. Logo, chega-se a uma proporção de 30,23% de DMS e de 69,77% de DMNS dentre o total de doença mental em Água Verde.

Água Verde possui prevalência de DMG (44,79%) elevada em comparação ao constatado pela literatura (KESSLER *et al*, 2005; KAWAKAMI *et al*, 2005; SHEN *et al*, 2005; GUREJE *et al*, 2006; ANDRADE *et al*, 2012), apresentando a segunda pior taxa do município.

No tocante à prevalência de DMS, a taxa de 13,54% é maior que o presente em outros estudos (KESSLER *et al*, 2005; ANDRADE *et al*, 2012), contudo, inferior à encontrada para Guaiúba (16,56%).

A prevalência de DMNS de Água Verde (31,25%) é a segunda maior do município e tem nível aproximado ao evidenciado em outras cidades brasileiras (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; COELHO *et al*, 2009; ROCHA *et al*, 2010).

Portanto, o distrito Água Verde possui alta prevalência de DMG, sendo a segunda maior do município, e alta prevalência de DMS, porém em nível menor que a média municipal. A prevalência de DMNS é alta e compatível com os achados de outros estudos. Assim, verifica-se que em Água Verde há contribuição significativa de DMNS para alta prevalência de DMG.

### **3.4 Distrito Itacima**

Juntamente com Sede e Água Verde, o distrito de Itacima pertencia ao município de Pacatuba e foi imediatamente incorporado à Guaiúba, após sua emancipação. Itacima abriga 3.687 habitantes, distribuídos em 924 famílias, e se distancia 18 km do distrito Sede, em percurso só parcialmente coberto por asfalto

(GUAÍÚBA, 2012).

O distrito contém extensa área rural, propiciando atividade agrícola moderada, ainda que progressivamente declinante, especialmente nas proximidades das encostas da serra da Aratanha, e um pouco de pesca, por possuir alguns açudes. Em seu aglomerado urbano, predominam atividades comerciais de pequenos estabelecimentos e o trabalho no serviço público.

Itacima, que possui quatro unidades de ensino públicas, apresenta elevada taxa de analfabetismo (27,10%), constituindo-se como a mais alta do município (IBGE, 2010). Também possui uma unidade de saúde ligada a ESF e taxa de mortalidade infantil nula (DATASUS, 2012).

O distrito Itacima também se destaca negativamente na concentração de renda familiar no estrato abaixo de dois salários mínimos (86,28%), sendo a pior dentre os distritos de Guaiúba (IBGE, 2010).

Itacima apresentou proporções de acesso precário à coleta de lixo (65,62%) e de acesso precário à água tratada (41,33%) bem acima daquelas encontradas para os outros distritos, e o acesso precário a esgotamento sanitário (99,11%) foi o segundo pior (IBGE, 2010). Abaixo síntese do perfil traçado.

**Tabela 4 – Perfil socioeconômico do distrito Itacima**

<b>Indicador/Território</b>	<b>Distrito Itacima</b>	<b>Guaiúba</b>	<b>Ceará</b>	<b>Brasil</b>
%famílias com rendimento < 2 salários mínimos	86,28	81,33	67,69	45,79
Taxa de Analfabetismo em >10 anos idade em %	27,10	20,7	17,2	9
Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos	0	5,37	12,3	16
% domicílios com acesso precário á coleta de lixo	65,62	30,55	24,66	12,59
% domicílios com acesso precário à água tratada	41,33	15,53	22,77	17,14
% domicílios com acesso precário a esgotamento sanitário	99,11	98,32	98,99	99,26
Proporção de escolas para cada 100 famílias	0,43	0,50	-	-
Proporção de unidades de saúde para cada 100 famílias	0,10	0,22	-	-

Fonte: IBGE (2010).

Assim, Itacima, terceiro maior distrito de Guaiúba, de área rural considerável e aglomerado urbano modesto, demonstra perfil sócio-econômico precário, com

indicadores em geral muito ruins, dentre os quais alguns se configuram como os piores do município, quais sejam a taxa de analfabetismo, proporção de estrato de baixa renda e acesso precário a coleta de lixo e à água tratada.

As prevalências de doença mental de Itacima foram de 40,24%, para DMG, 12,19%, para DMS e 28,05%, para DMNS. Atinge-se, então, uma proporção de 30,29% de DMS e de 69,71% de DMNS dentre o total de doença mental em Itacima.

Itacima possui alta prevalência de DMG (40,24%) em relação aos achados de outros estudos (KESSLER *et al*, 2005; KAWAKAMI *et al*, 2005; SHEN *et al*, 2005; GUREJE *et al*, 2006; ANDRADE *et al*, 2012 ), embora seja apenas a quarta maior taxa entre os seis distritos guaiubanos.

A prevalência de DMS de Itacima (12,19%) é alta, mas é a terceira menor de Guaiúba e só um pouco maior que a encontrada na região metropolitana de São Paulo (ANDRADE *et al*, 2012).

Quanto à prevalência de DMNS, o encontrado em Itacima (28,05%) é semelhante aos achados de cidades como Feira de Santana e Pelotas (COELHO *et al*, 2009; ROCHA *et al*, 2010) e um pouco maior que a média de Guaiúba.

Conclui-se, com isso, que Itacima possui altas prevalências de DMG e de DMS, embora em níveis menores que as médias do município. Também possui alta prevalência de DMNS, com taxa um pouco maior que a de Guaiúba. Assim como em Água Verde, a DMNS contribui muito para taxas elevadas de DMG.

### **3.5 Distrito Baú**

A localidade de Baú foi elevada à condição de distrito de Guaiúba somente em 1999, constituindo-se como o último distrito oficializado. Com população de 2.038 habitantes, distribuídos em 532 famílias, Baú possui pequeno aglomerado urbano, localizado às margens da CE 060, há cerca de 8 km do distrito Sede (GUAÍÚBA, 2012)

É sabido que na região onde se situa Baú há abundância de solo argiloso. Talvez por isso, o distrito se destaque economicamente por abrigar duas pequenas olarias, que geram alguns empregos para a população local (GUAÍÚBA, 2012).

Suas 532 famílias são assistidas em uma unidade de saúde vinculada à ESF e não houve óbitos infantis em Baú para o período considerado (DATASUS, 2012).

Em relação à Educação, Baú possui três unidades escolares e sua taxa de analfabetismo (22,10%) figura como a segunda mais alta entre os distritos, com valor um pouco maior que a média do município (IBGE, 2010).

Baú apresenta, dentre os distritos de Guaiúba, posição intermediária quanto à proporção de famílias com rendimento de até dois salários mínimos (82,34%), sendo o terceiro distrito de maior concentração nesse estrato (IBGE, 2010).

A proporção de domicílios com acesso precário a esgotamento sanitário de Baú (98,41%) ficou muito próxima à média do município (IBGE, 2010). Por outro lado, Baú teve destaque negativo com alta proporção tanto de acesso precário a coleta de lixo (47,02%) quanto a acesso precário à água tratada (25,99%), segundo e terceiro piores indicadores dentre os distritos, respectivamente. Abaixo síntese do perfil socioeconômico de Baú.

**Tabela 5 – Perfil socioeconômico do distrito Baú**

Indicador/ Território	Distrito Baú	Guaiúba	Ceará	Brasil
% famílias com rendimento < 2 salários mínimos	82,34	81,33	67,69	45,79
Taxa de Analfabetismo em >10 anos idade em %	22,10	20,7	17,2	9
Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos	0	5,37	12,3	16
% domicílios com acesso precário à coleta de lixo	47,02	30,55	24,66	12,59
% domicílios com acesso precário à água tratada	22,99	15,53	22,77	17,14
% domicílios com acesso precário a esgotamento sanitário	98,41	98,32	98,99	99,26
Proporção de escolas para cada 100 família	0,56	0,50	-	-
Proporção de unidades de saúde para cada 100 famílias	0,18	0,22	-	-

Fonte: IBGE (2012).

Portanto, Baú se apresenta como um distrito de pequeno aglomerado urbano, que possui uma atividade produtiva exclusiva no cenário municipal- pela presença das olarias-, porém manifesta indicadores socioeconômicos em geral ruins e inadequados, que se encontraram, em maioria, entre os segundos ou terceiros piores do município.

As prevalências de doença mental de Baú foram de 70,21%, para DMG, 25,53%, para DMS e 44,68%, para DMNS. Apresenta-se, portanto, uma proporção

de 36,37% de DMS e de 63,63% de DMNS dentre o total de doença mental em Baú.

Baú se destacou negativamente por sua muito elevada prevalência de DMG (70,21%), a maior entre os distritos e com valor cerca de 70% acima da taxa de Guaiúba. Tal achado chega a ser mais que duas vezes maior do que aqueles encontrados na maioria dos estudos (KESSLER *et al*, 2005; KAWAKAMI *et al*, 2005; SHEN *et al*, 2005; GUREJE *et al*, 2006; ANDRADE *et al*, 2012).

A prevalência de DMS do distrito (25,53%) é cerca de 50% maior que a média do município, e, portanto, bem acima dos valores de territórios pesquisados em outros estudos (KESSLER *et al*, 2005; KAWAKAMI *et al*, 2005; SHEN *et al*, 2005; GUREJE *et al*, 2006; ANDRADE *et al*, 2012).

Baú tem prevalência de DMNS (44,68%) muito alta, cerca de 70% maior que a do município e, assim como para DMS, com valor bem acima dos encontrados em outros trabalhos (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; COELHO *et al*, 2009; ROCHA *et al*, 2010).

Dessa forma, Baú se apresenta como o distrito de Guaiúba com pior perfil de prevalência de doença mental, com taxas muito elevadas em todas as categorias: DMG, DMS e DMN.

### **3.6 Distrito Núcleo Colonial Pio XII (São Jerônimo)**

O distrito Núcleo Colonial Pio XII, conhecido popularmente como São Jerônimo, foi criado em 1997, após cerca de dez anos, pois, da emancipação guaiubana (GUAÍÚBA, 2012). Possui população de 1.338 habitantes, distribuídos em 296 famílias, que ocupam território distanciado 9 km do distrito Sede (GUAÍÚBA, 2012).

O distrito é formado por pequeno núcleo urbano cercado por diversas propriedades rurais, dentre as quais sítios e fazendas, onde se desenvolvem pecuária e agricultura, em especial horto-fruticultura (GUAÍÚBA, 2012). Relatos não oficiais de alguns habitantes contam da imigração de alguns japoneses, que chegaram há décadas à localidade e introduziram e desenvolveram a cultura do melão, ainda hoje bastante produzido na região.

A despeito do baixo contingente populacional, o Núcleo Colonial Pio XII possui duas escolas municipais. Além disso, apresenta a segunda menor taxa de

analfabetismo (19,50%) entre os distritos de Guaiúba, embora possa ser considerada uma taxa alta, quando comparada à média brasileira (IBGE, 2010).

No Núcleo Colonial Pio XII, a mortalidade infantil foi nula em 2011 (DATASUS, 2012). A população do distrito é assistida por uma equipe de ESF, havendo uma unidade de atenção primária instalada (GUAIÚBA, 2012).

Em relação ao estrato da população com renda de até dois salários mínimos, a proporção do distrito em questão segue o padrão alto (78,09%) encontrado em todo município, entretanto detém o segundo menor valor entre os distritos, maior apenas que o do distrito Dourado (IBGE, 2010).

O distrito Núcleo Colonial Pio XII possui acesso precário à coleta de lixo em proporção elevada (34%), embora seja apenas o quarto pior do município (IBGE, 2012). A proporção de acesso precário à água tratada (14,40%) não chega a ser muito alta e é a terceira melhor do município (IBGE, 2010). Já a proporção de domicílios com acesso precário a esgotamento sanitário (99,71%) é a segunda pior entre os distritos (IBGE, 2010). A seguir síntese do perfil socioeconômico descrito.

**Tabela 6 – Perfil socioeconômico do distrito Núcleo Colonial Pio XII**

Indicador/ Território	Distrito Núcleo Colonial Pio XII	Guaiúba	Ceará	Brasil
% famílias com rendimento < 2 salários mínimos	78,09	81,33	67,69	45,79
Taxa de Analfabetismo em >10 anos idade em %	19,5	20,7	17,2	9
Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos	0	5,37	12,3	16
% domicílios com acesso precário á coleta de lixo	34,00	30,55	24,66	12,59
% domicílios com acesso precário à água tratada	14,40	15,53	22,77	17,14
% domicílios com acesso precário a esgotamento sanitário	99,71	98,32	98,99	99,26
Proporção de escolas para cada 100 famílias	0,67	0,50	-	-
Proporção de unidades de saúde para cada 100 famílias	0,33	0,22	-	-

Fonte: IBGE (2010).

Com isso, Núcleo Colonial Pio XII se constitui como um distrito pequeno, essencialmente rural e com diminuto aglomerado urbano, que apresenta perfil

socioeconômico com fragilidades, mas com indicadores um pouco melhores que a maioria dos outros distritos, com destaque para taxa de analfabetismo e renda familiar. O indicador em que o distrito tem pior desempenho relativo é quanto a acesso domiciliar a esgotamento sanitário

As prevalências de doença mental do Núcleo colonial Pio XII foram de 7,40%, para DMG, 0% para DMS e 7,40%, para DMNS. Portanto, não houve registro, na amostra pesquisada, de casos de DMS, e, portanto, todos os casos de doença mental apresentavam perfil de DMNS.

A taxa de prevalência de DMG do Núcleo colonial Pio XII (7,40%) situou-se em nível bem abaixo dos encontrados para o município e para os outros distritos. Tal achado é semelhante ao de pesquisas que identificaram baixa ocorrência de DMG (KAWAKAMI *et al*, 2005; SHEN *et al*, 2005; GUREJE *et al*, 2006).

Pela não detecção de casos de DMS, a prevalência de DMNS (7,40%) é a mesma de DMG, valor bem menor que o verificado na literatura (LUDERMIR e MELO FILHO, 2002; COELHO *et al*, 2009; ROCHA *et al*, 2010).

Logo, pode-se dizer que o distrito Núcleo colonial Pio XII apresenta o melhor perfil de doença mental de Guaiúba, com taxa muito baixa de DMG e exclusividade de casos não severos.

### **3.7 Distrito Dourado**

O distrito Dourado, que foi criado juntamente com o Núcleo Colonial Pio XII, em 1997, é o menor de Guaiúba, com população de apenas 724 habitantes, distribuídos em 186 famílias (GUAÍÚBA, 2012). Localizado a 13 km do distrito Sede, Dourado constitui-se como um território eminentemente rural, não possuindo praticamente aglomerado urbano, havendo, portanto, um distanciamento considerável entre os domicílios.

Existem muitos sítios e fazendas no distrito, contribuindo para que a agricultura e a pecuária sejam as principais atividades laborativas da localidade.

Dourado possui uma unidade de ensino e sua taxa de analfabetismo (20,80%) é praticamente igual à do município (IBGE, 2010).

Há uma unidade de saúde vinculada à ESF e a taxa de mortalidade infantil em 2011 foi nula (DATASUS, 2012).

Apesar de Dourado apresentar uma alta proporção de famílias com rendimento de até dois salários mínimos (73,95%), quando comparada aos níveis do Ceará (67,69%) e Brasil (45,79%), o distrito se destaca por possuir a menor proporção entre os territórios de Guaiúba (IBGE, 2010).

Quanto à proporção de domicílios com acesso precário à coleta de lixo e à água tratada, Dourado possui, respectivamente, o terceiro (44,27%) e o segundo pior (27,08%) desempenho entre os distritos. A proporção de precariedade de acesso a esgotamento sanitário (98,95%) é semelhante à do município de Guaiúba (IBGE, 2010). Abaixo quadro sintético do perfil socioeconômico de Dourado.

**Tabela 7 – Perfil socioeconômico do distrito Dourado**

Indicador/ Território	Distrito Dourado	Guaiúba	Ceará	Brasil
% famílias com rendimento < 2 salários mínimos	73,95	81,33	67,69	45,79
Taxa de Analfabetismo em >10 anos idade em %	20,80	20,7	17,2	9
Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos	0	5,37	12,3	16
% domicílios com acesso precário á coleta de lixo	44,27	30,55	24,66	12,59
% domicílios com acesso precário à água tratada	27,08	15,53	22,77	17,14
% domicílios com acesso precário a esgotamento sanitário	98,95	98,32	98,99	99,26
Proporção de escolas para cada 100 famílias	0,53	0,50	-	-
Proporção de unidades de saúde para cada 100 famílias	0,53	0,22	-	-

Fonte: IBGE (2010).

Dessa forma, Dourado se apresenta como o menor distrito de Guaiúba, de natureza essencialmente rural e praticamente sem aglomerado urbano, tem economia centrada na agricultura, possui o melhor indicador de renda entre os distritos guaiubanos e nível de analfabetismo próximo à média do município, porém apresenta desempenho relativo ruim nos indicadores de precariedade de acesso à coleta de lixo, água tratada e esgotamento sanitário.

As prevalências de doença mental de Dourado foram de 23,52%, para DMG, 11,70%, para DMS e 11,82%, para DMNS. Portanto, constatou-se uma proporção de 49,74% de DMS e de 50,26% de DMNS dentre o total de doença mental em

Dourado.

Em Dourado, a prevalência de DMG (23,52%) é a segunda menor do município e tem valor abaixo do encontrado em alguns estudos (KESSLER *et al*, 2005; ANDRADE *et al*, 2012).

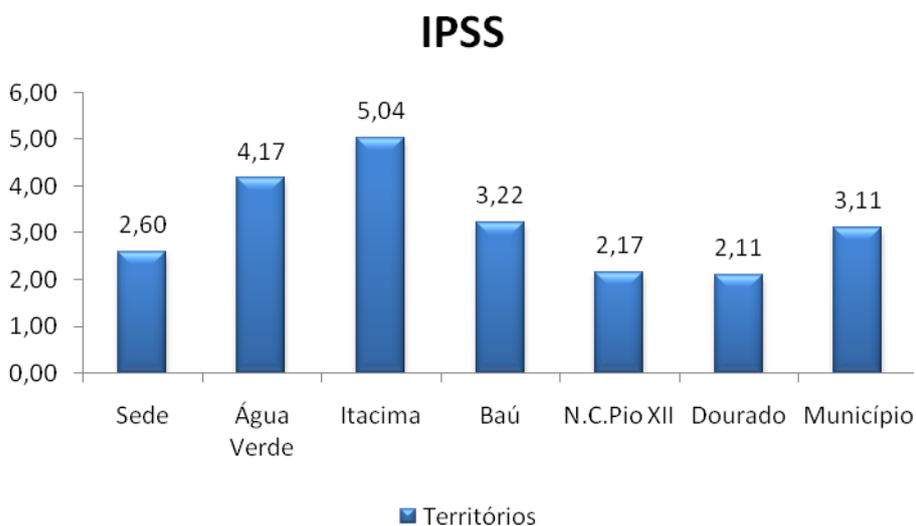
A taxa de prevalência de DMS (11,70%), também a segunda menor do município, é semelhante à encontrada em pesquisa epidemiológica da região metropolitana de São Paulo, que chegou a valor considerado alto (ANDRADE *et al*, 2012).

Quanto à DMNS, sua taxa de prevalência (11,82%) é baixa quando comparada à literatura (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; KESSLER *et al*, 2005; COELHO *et al*, 2009; ROCHA *et al*, 2010; ANDRADE *et al*, 2012).

Com isso, Dourado se apresenta como o distrito de segundo melhor perfil de prevalência de doença mental do município, com baixa prevalência de DMG e proporção praticamente igual entre DMS e DMNS.

### 3.8 Relação entre perfis

O perfil socioeconômico de Guaiúba pode ser sintetizado pelo indicador composto IPSS, que apresentou, para o município, o valor de 3,11, e, para os territórios distritais, a distribuição ilustrada abaixo.



**Gráfico 1 – IPSS territoriais**

Fonte: Dados da pesquisa.

As ocorrências de DMG apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2$ ) entre os distritos ( $p < 0,01$ ), verificando-se, portanto, que as prevalências variaram de acordo com o território. Tais variações podem ser percebidas por desiguais resultados, entre os distritos, das frequências encontradas e esperadas, como mostra a tabela a seguir.

**Tabela 8 – Resultados de investigação de DMG nos distritos**

Distritos		DMG		Total
		Afetado	Normal	
Pio XII	Encontrado	2	24	26
	Esperado	11,0	15,0	26,0
	% no distrito	7,7	92,3	100,0
Dourado	Encontrado	4	13	17
	Esperado	7,2	9,8	17,0
	% no distrito	23,5	76,5	100,0
Baú	Encontrado	33	14	47
	Esperado	19,9	27,1	47,0
	% no distrito	70,2	29,8	100,0
Itacima	Encontrado	33	49	82
	Esperado	34,7	47,3	82,0
	% no distrito	40,2	59,8	100,0
A. Verde	Encontrado	43	53	96
	Esperado	40,6	55,4	96,0
	% no distrito	44,8	55,2	100,0
Sede	Encontrado	102	143	245
	Esperado	103,6	141,4	245,0
	% no distrito	41,6	58,4	100,0
Total	Encontrado	217	296	513
	Esperado	217,0	296,0	513,0
	% total	42,3	57,7	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

A ocorrência de DMS foi diferente entre os distritos ( $\chi^2$ ), com adequado nível de significância ( $p < 0,01$ ), e, portanto, as prevalências variaram de acordo com os territórios do município, como evidencia a tabela abaixo.

**Tabela 9 – Resultados de investigação de DMS nos distritos**

Distritos		DMS		Total
		Afetado	Normal	
Pio XII	Encontrado	0	26	26
	Esperado	4,3	21,7	26,0
	% no distrito	0	100,0	100,0
Dourado	Encontrado	2	15	17
	Esperado	2,8	14,2	17,0
	% no distrito	11,8	88,2	100,0
Baú	Encontrado	12	35	47
	Esperado	7,8	39,2	47,0
	% no distrito	25,5	74,5	100,0
Itacima	Encontrado	10	72	82
	Esperado	13,6	68,4	82,0
	% no distrito	12,2	87,8	100,0
A. Verde	Encontrado	13	83	96
	Esperado	15,9	80,1	96,0
	% no distrito	13,5	86,5	100,0
Sede	Encontrado	48	197	245
	Esperado	40,6	204,4	245,0
	% no distrito	19,6	80,4	100,0
Total	Encontrado	85	428	513
	Esperado	85,0	428,0	513,0
	% total	16,6	83,4	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Também houve diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2$ ) entre os distritos ( $p < 0,01$ ) na ocorrência de DMNS. Dessa forma, as prevalências de DMNS foram desiguais entre os territórios guaiubanos, como mostra a tabela seguinte.

**Tabela 10** – Resultados de investigação de DMNS nos distritos

Distritos	DMNS		Total	
	Afetado	Normal		
Pio XII	Encontrado	2	24	26
	Esperado	8,0	18,0	26,0
	% no distrito	7,7	92,3	100,0
Dourado	Encontrado	2	13	15
	Esperado	4,6	10,4	15,0
	% no distrito	13,3	86,7	100,0
Baú	Encontrado	21	14	35
	Esperado	10,8	24,2	35,0
	% no distrito	60,0	40,0	100,0
Itacima	Encontrado	23	49	72
	Esperado	22,2	49,8	72,0
	% no distrito	31,9	68,1	100,0
A. Verde	Encontrado	30	53	83
	Esperado	25,6	57,4	83,0
	% no distrito	36,1	63,9	100,0
Sede	Encontrado	54	143	197
	Esperado	60,8	136,2	197,0
	% no distrito	27,4	72,6	100,0
Total	Encontrado	132	296	428
	Esperado	132,0	296,0	428,0
	% total	30,8	69,2	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

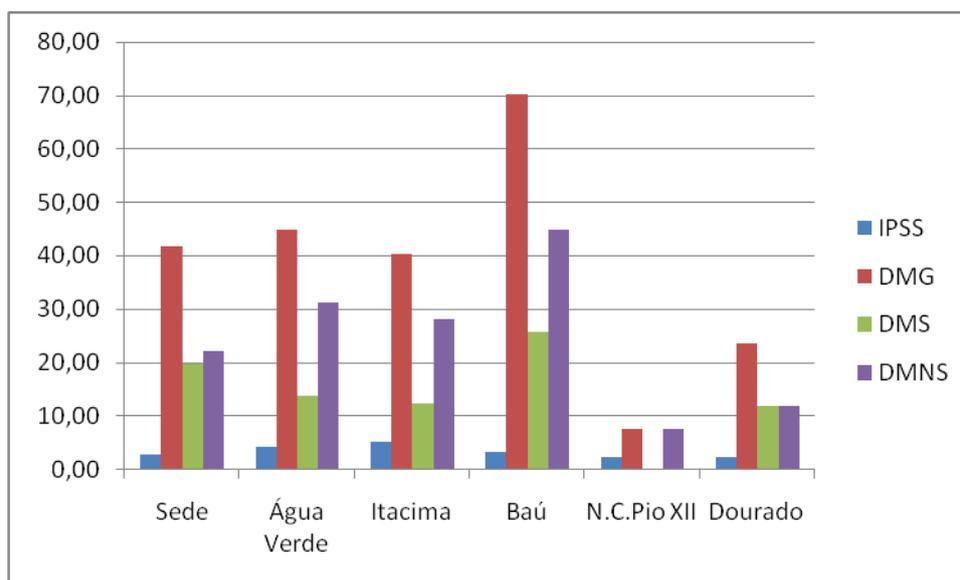
A possibilidade de diferença nas prevalências dos agravos de saúde entre territórios de uma mesma cidade é corroborada por Akerman (2006), que cita alguns estudos que demonstraram que os conglomerados humanos não se distribuem ao acaso em um território, e que compartilham características sociais e econômicas que implicam em perfis particulares de condições de saúde. Para ocorrência de doença mental, portanto, o município de Guaiúba se enquadrou em tais pressupostos.

A distribuição de doença mental associada aos valores de IPSS, nos distritos de Guaiúba, é sintetizada pela tabela 11 e gráfico 2.

**Tabela 11** – Valores distritais de IPSS, DMG, DMS, DMNS

Distritos	IPSS	DMG	DMS	DMNS
Sede	2,60	41,63%	19,69%	21,94%
Água Verde	4,17	44,79%	13,54%	31,25%
Itacima	5,04	40,24%	12,19%	28,05%
Baú	3,22	70,21%	25,53%	44,68%
São Jerônimo	2,17	7,40%	0,00%	7,40%
Dourado	2,11	23,52%	11,70%	11,82%

Fonte: Dados da pesquisa.

**Gráfico 2** – Distribuição distrital de IPSS e prevalências de DMG, DMS e DMNS

Fonte: Dados da pesquisa.

Para análise de relação entre perfil socioeconômico e de prevalência de doença mental, inicialmente adotou-se a recodificação do IPSS, que foi classificado em alto e baixo, respectivamente, de acordo com seu valor acima ou abaixo, da média (3,21) e da mediana (2,91).

Foram considerados distritos com IPSS alto, Baú (3,22), Água Verde (4,17) e Itacima (5,04), e com IPSS baixo, Dourado (2,11), Núcleo Colonial Pio XII (2,17) e Sede (2,60).

Os resultados das relações entre IPSS recodificado e ocorrência de DMG são apresentados na tabela 12.

**Tabela 12 – Relação entre IPSS recodificado e ocorrência de DMG**

IPSS Recodificado		DMG		Total
		Afetado	Normal	
IPSS Alto	Encontrado	109	116	225
	Esperado	95,2	129,8	225,0
	% do IPSS alto	48,4	51,6	100,0
IPSS Baixo	Encontrado	108	180	288
	Esperado	121,8	166,2	288,0
	% do IPSS baixo	37,5	62,5	100,0
Total	Encontrado	217	296	513
	Esperado	217,0	296,0	513,0
	% total	42,3	57,7	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Houve diferenças estatisticamente significativas na ocorrência de DMG ( $p < 0,05$ ) na relação com IPSS recodificado (alto/baixo), tendo sido encontrada *Odds Ratio* (OR) de 1,56 (IC 95%: 1,09 - 2,23), evidenciando maior probabilidade de ocorrência em territórios com IPSS alto, e, portanto, com piores perfis socioeconômicos.

Em relação à ocorrência de DMNS, tem-se a relação com IPSS recodificado na tabela a seguir.

**Tabela 13 – Relação entre IPSS recodificado e ocorrência de DMNS**

IPSS Recodificado		DMG		Total
		Afetado	Normal	
IPSS Alto	Encontrado	74	116	190
	Esperado	58,6	131,4	190,0
	% do IPSS alto	38,9	61,1	100,0
IPSS Baixo	Encontrado	58	180	238
	Esperado	73,4	164,6	238,0
	% do IPSS baixo	24,4	75,6	100,0
Total	Encontrado	132	296	428
	Esperado	132,0	296,0	428,0
	% total	30,8	69,2	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Foi encontrada significância estatística ( $p < 0,01$ ), com OR de 1,98 (IC 95%: 1,30 - 2,99), mostrando que distritos com IPSS alto tiveram cerca de duas vezes maior probabilidade de apresentarem casos de DMNS do que aqueles com IPSS baixo.

Quanto à ocorrência de DMS, vê-se sua relação com IPSS recodificado na tabela seguinte.

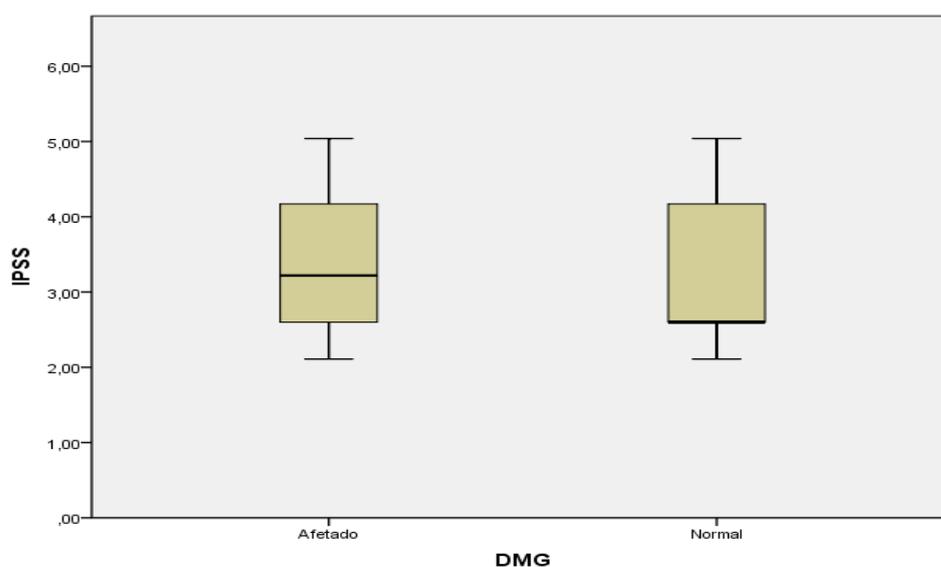
**Tabela 14** – Relação entre IPSS recodificado e ocorrência de DMS

IPSS Recodificado		DMG		Total
		Afetado	Normal	
IPSS Alto	Encontrado	35	190	225
	Esperado	37,3	187,7	225,0
	% do IPSS alto	15,6	84,4	100,0
IPSS Baixo	Encontrado	50	238	288
	Esperado	47,7	240,3	288,0
	% do IPSS baixo	17,4	82,6	100,0
Total	Encontrado	85	428	513
	Esperado	85,0	428,0	513,0
	% total	16,6	83,4	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

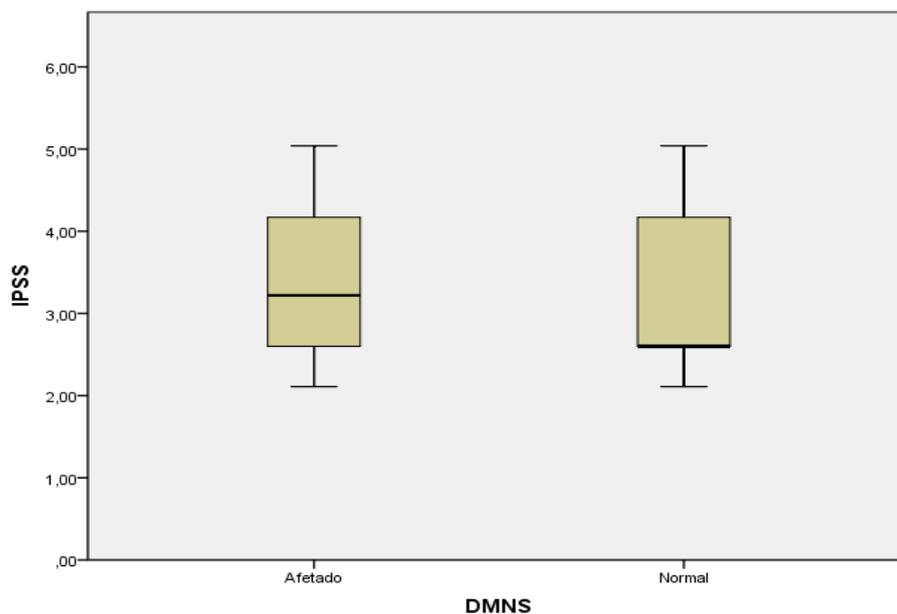
Não houve diferença significativa ( $p=0,58$ ) de ocorrência de DMS na comparação IPSS alto/baixo. Logo, a variação de prevalência de DMS entre os distritos de Guaiúba ocorreu de forma independente das diferenças de IPSS territoriais.

Analisou-se relação entre IPSS e ocorrência de doença mental também por meio do teste Mann-Whitney (Teste U). Foi constatada significância estatística para DMG ( $p<0,05$ ). Tais achados demonstraram que as famílias acometidas por DMG residem em territórios cujos valores de IPSS, em média, são mais altos do que aqueles dos territórios onde residem as famílias saudáveis. Têm-se melhor visualização desses resultados no gráfico abaixo, onde se percebe mediana de IPSS de famílias afetadas mais alta que a de famílias saudáveis.

**Gráfico 3** – Relação entre famílias afetadas/normais quanto à DMG e as médias de IPSS dos distritos

Fonte: Dados da pesquisa.

Para DMNS houve significância estatística ( $p < 0,01$ ), também se observando média e mediana de IPSS mais altas entre famílias afetadas, como pode ser percebido no gráfico 4.



**Gráfico 4** – Relação entre famílias afetadas/normais quanto à DMNS e as médias de IPSS dos distritos

Fonte: Dados da pesquisa.

Logo, DMG e DMNS foram mais freqüentes em distritos com piores condições socioeconômicas.

Em relação à DMS, não houve significância estatística para o teste ( $p = 0,72$ ), revelando médias semelhantes de IPSS entre indivíduos afetados e normais.

A associação entre condições socioeconômicas ruins e prevalência elevada de doença mental, principalmente DMNS, é freqüentemente apontada pela literatura (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; COSTA; LUDERMIR, 2005; ANSELMINI *et al*, 2008; LIMA *et al*, 2008; COELHO *et al*, 2009; ROCHA *et al*, 2010). No entanto, os estudos se limitam a investigação de variáveis individuais, desconsiderando o território como dimensão particular de produção e reprodução de agravos em saúde (BREILH, 1991; BREILH, 2006), e que abriga população significativa com seu modo próprio de adoecer (SAMPAIO, 1998).

Segundo Sampaio (1998), a doença mental ocorre quando a história individual encontra-se em conflito permanente com a história social, e, além disso, há falha dos modos de reapropriação socialmente aceitos em solucionar a ruptura

sujeito-objeto. Os achados de maiores prevalências de DMG e DMNS relacionadas a piores perfis socioeconômicos, representados por IPSS altos, levantam a hipótese de que quanto mais desfavoráveis as condições socioeconômicas de um território maiores serão as dificuldades para que seus habitantes tenham disponibilidade e/ou efetividade dos modos de reapropriação em evitar doença mental. No tocante à DMS, essas relações não foram comprovadas, o que pode ser explicado, pelo menos parcialmente, pela maior influência de fatores genéticos e orgânicos na etiologia dessa categoria de doença mental, o que a faz menos suscetível a influências da dimensão social/coletiva que a variações singulares do plano individual.

### **3.9 Generalização para municípios cearenses**

O município de Guaiúba está classificado na categoria 4 de IDM, pertencendo ao grupo de piores índices de desenvolvimento, onde se incluem mais 104 municípios (IPECE, 2012). Destes, 16 preencheram a intersecção de critérios: mesma faixa de IDM e mesma faixa de porte populacional de Guaiúba:

Os municípios cearenses que atendem às mesmas características de Guaiúba, para fins de generalização direta dos resultados do perfil epidemiológico de transtornos mentais, são 16: Araripe, Assaré, Aurora, Barro, Caridade, Caririaçu, Coreaú, Independência, Irauçuba, Jardim, Milagres, Morrinhos, Novo Oriente, Ocara, Santana do Acaraú e Tamboril.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 4.1 Considerações gerais

A presente pesquisa foi viabilizada e, em diversos aspectos, facilitada pelo apoio da Secretaria Municipal de Saúde-SMS de Guaiúba. Acesso a informações sobre os serviços de saúde e funcionamento da ESF, mobilização dos ACS para comparecimento em reuniões de treinamento, referência de local para recebimento dos instrumentos aplicados, foram fundamentais para celeridade e fluência dos procedimentos no campo de investigação, especialmente na coleta de dados primários. Nesse ínterim, importante mencionar a receptividade dos ACS, com disponibilidade geral para colaboração com o estudo, apesar das várias atribuições a que já são submetidos.

A coleta de dados secundários foi relativamente fácil, pois as páginas eletrônicas dos institutos governamentais pesquisados, notadamente do IPECE e IBGE, estavam organizadas de modo a permitir acesso rápido e simples às informações. Os dados mais utilizados para o alcance dos achados socioeconômicos do município foram retirados do IBGE, e para a generalização de perfil epidemiológico para outros municípios cearenses, do IPECE.

Por outro lado, a extrapolação de prazos na entrega de instrumentos de investigação domiciliar por parte de alguns ACS, atrasou um pouco o início da análise de dados, sem comprometer, contudo, o andamento da pesquisa.

O tratamento metodológico adotado constituiu desafio, pela necessidade de precisão na descrição de seus procedimentos e caracterização teórica, por se tratar de modelo ainda pouco utilizado no campo da Saúde Coletiva. Além disso, verificou-se bom alcance dos planos de determinação geral e particular, e impossibilidade de se chegar às dimensões singulares de produção de agravos, apontando para a necessidade de aprofundamento qualitativo posterior do campo fenomênico. No entanto, um estudo com fundamentação nos princípios da Epidemiologia Social e com desenho ecológico possibilita passo interessante na direção da tentativa de superação do modelo clássico hegemônico, reduzido a explicações superficiais dos fenômenos e tendo como premissa variações de riscos individuais.

Uma constatação relevante é a de que o método ecológico mostrou-se

adequado para investigação epidemiológica em transtornos mentais, mesmo com as imprecisões próprias desse objeto de estudo, e confirmou sua qualidade em levantamento de hipóteses de diagnósticos coletivos. Também foram identificadas as pertinências da categoria território, como mediadora de determinação particular, e do indicador composto IPSS, como sintetizador coerente das condições socioeconômicas de uma população.

## 4.2 Conclusões

Guaiúba apresenta-se como município economicamente pobre, de desenvolvimento incipiente e detentor de indicadores socioeconômicos, em geral, piores que os do Ceará e Brasil. Contudo, seu coeficiente de mortalidade infantil muito baixo e sua proporção de domicílios com acesso a água tratada acima das médias estaduais e nacionais, revelam exceções positivas no quadro geral de precariedade das condições de vida da população.

Os indicadores socioeconômicos são homogeneamente ruins em todos os distritos, com algumas variações particulares. O distrito Sede, que possui a maior população e abriga a administração pública municipal, obteve níveis de indicadores, na maioria, melhores que os dos demais distritos. Porém, por ter sido o único, entre os seis, onde houve óbitos infantis, no período investigado, não apresentou o melhor valor de IPSS. Os distritos com os melhores perfis socioeconômicos, de acordo com IPSS, foram Dourado e Núcleo Colonial Pio XII, dois territórios eminentemente rurais e de população pequena.

A prevalência de DMG de Guaiúba (42,30%) é maior que a encontrada em outros estudos brasileiros, que apresentaram taxas, em média, por volta de 30%. Também se verificou prevalência de DMS (16,56%) acima dos achados de outras pesquisas, nacionais e internacionais, que mostraram resultados variando entre 5% a 10%. Já a taxa de prevalência de DMNS (25,74%) figurou em nível intermediário ao dos resultados de investigações nacionais, que expõem prevalências desde 19% a 35%. A comparação com Ceará não foi possível por ausência de literatura. Portanto, pode-se concluir que município possui alta prevalência de DMG e DMS, e prevalência mediana de DMNS.

O distrito Baú se destacou negativamente por apresentar perfil

epidemiológico de doença mental muito negativo, com prevalências de DMG, DMS e DMNS bem maiores que as dos outros distritos e do que as previstas pela literatura. Por outro lado, O distrito Núcleo Colonial Pio XII se notificou pela baixa prevalência de DMG e pela prevalência nula de DMS. Dourado, por sua vez, apresentou bom perfil epidemiológico, embora um pouco pior que o do Núcleo Colonial Pio XII.

As ocorrências de DMG, DMS e DMNS foram estatisticamente diferentes entre os distritos, evidenciando, portanto, variação de acordo com o território.

Na relação entre perfil socioeconômico e epidemiológico, por meio de dois testes estatísticos, constatou-se associação de ocorrência de DMG e DMNS, mas não de DMS, com valores mais altos de IPSS, e, portanto, com piores condições socioeconômicas territoriais.

Foi possível generalizar diretamente, com segurança, o perfil epidemiológico encontrado para 16 municípios cearenses, que, somados a Guaiúba, constituem 9,23% do total de municípios do Estado. Pode-se fazer generalização aproximada para os 105 municípios da classe 4 de IDM.

### **4.3 Recomendações**

A primeira questão que a pesquisa suscita é a de que não se pode realizar política de saúde, e no caso específico, de saúde mental, sem orientação epidemiológica precedente. A disponibilização de recursos, a organização de serviços, a contratação de profissionais, a distribuição territorial dos dispositivos de atenção, as práticas preventivas e de promoção, todos são dependentes de planejamento prévio, a ser subsidiado pelas informações epidemiológicas que traduzem a situação sanitária de determinada população. Portanto, antes de qualquer ação em saúde mental, é importante que se conheça o território, tanto no plano descritivo de averiguação de frequências e distribuição dos transtornos, quanto no plano de determinação dos mesmos.

Nessa direção, torna-se imperativa a expansão e qualificação do modelo de atenção psicossocial territorial, tendo o CAPS como serviço catalisador e organizador das ações gerais em saúde mental, contendo equipe multiprofissional e interdisciplinar, e referência a um território específico, que deve ser bem compreendido em seus aspectos sociais, econômicos, culturais e sanitários.

Recomenda-se, para grandes cidades, a relação de cobertura de um CAPS para cada território com população de até 200.000 habitantes, para cidades de médio porte- contendo entre 45.000 a 100.000 habitantes -, a presença de um CAPS, e para cidades de pequeno porte, a existência de equipe mínima de saúde mental e sistema de referência e contrarreferência com municípios de maior porte, para intervenções mais especializadas e complexas. Em todas as possibilidades acima, os serviços especializados em saúde mental devem manter relacionamento permanente e efetivo com as equipes da ESF de sua área de abrangência, como proposto por Sampaio, Guimarães e Abreu (2010).

Para o município estudado, sugere-se a utilização do perfil epidemiológico encontrado pela equipe do CAPS já instalado e pelas 10 equipes da ESF, para qualificação da atenção, organização da demanda, busca ativa e atuação intersetorial em promoção e prevenção.

A associação entre condições socioeconômicas ruins e maior prevalência de doença mental, insinua a possibilidade de prevenção por meio de políticas públicas de desenvolvimento socioeconômico e de melhoria das condições de vida das coletividades, em seus territórios particulares. Em outras palavras, a melhor qualidade de vida em um território poderia contribuir para a diminuição da ocorrência de doença mental de seus habitantes.

O presente estudo traz como recomendação acadêmica maior utilização da Epidemiologia Social e de desenhos ecológicos nas pesquisas em Saúde Pública e Saúde Mental, pois o método mostrou-se adequado e útil para investigações epidemiológicas de naturezas quantitativas, mas com aproximação e mediação qualitativa, apropriando-se assim das dinâmicas reais das comunidades. Sugere-se a realização de trabalhos futuros, em Epidemiologia Psiquiátrica, que associem características quantitativas e qualitativas, para abrangência da compreensão do campo fenomênico a partir de todas as dimensões de determinação: geral, particular e singular.

## REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco. Metodologia de construção de indicadores: um exercício de negociação intencional. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 95-113.

\_\_\_\_\_. **Examinando elementos que possam influenciar a formulação de políticas em estudos que utilizaram indicadores compostos**: “o chão contra o cifrão”. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, vol. 5, n. 1, 2000.

\_\_\_\_\_. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 4, 2006.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. Elementos de metodologia epidemiológica. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 149-177.

\_\_\_\_\_ *et al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica e neurológica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista ABP-APAL**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 93-104, 1992.

ANDRADE, Laura Helena *et al.* Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey. **Plos one**, v. 7, n. 2, 2012.

ANDREOLI, Sérgio Baxter *et al.* Estrutura fatorial do questionário de morbidade psiquiátrica de adultos aplicado em amostras populacionais de cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, 1994.

ANSELMI, Luciana *et al.* Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 2, dez. 2008.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, mar. 2005.

BREILH, Jaime; GRANDA, Edmundo. **Investigación de la salud en la sociedad**. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), 1980.

\_\_\_\_\_. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. São Paulo: UNESP, 1991. 276 p.

\_\_\_\_\_. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 317 p.

CELESTE, Roger Keller; BASTOS, João Luiz; FAERSTEIN, Eduardo. Trends in the investigation of social determinants of health: selected themes and methods. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jan. 2011.

COCHRAN, W. G. The estimation of sample size. In: \_\_\_\_\_. **Sampling techniques**. 3. ed. New York: John Willey, 1977. p. 72-90.

COELHO, Fábio Monteiro da Cunha *et al.* Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2009.

COSTA, Albanita Gomes da; LUDERMIR, Ana Bernarda. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2005.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2008. 383 p.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **RA'EGA: o Espaço Geográfico em Análise**, Curitiba, v. 17, p. 31-41, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1977.

GOLDBERG, Marcel. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, D. C. (Ed.). **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1990.

GUAIÚBA. **História do Município**. Disponível em: <<http://www.guaiuba.ce.gov.br>>. Acesso em: set./out. 2012.

GUREJE, Oye *et al.* Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. **The British Journal of Psychiatry**, v. 188, p. 465-471, 2006.

HAESBAERT, Rogério; LIMONAD, Ester. O território em tempos de globalização. **Etc, espaço, tempo e crítica: Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2 (4), p. 39-52, ago. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo de 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: set./out.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Perfil básico municipal 2012; indicadores socioeconômicos**. Disponível em: <[http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil\\_basico/pbm-2012/Guaiuba.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2012/Guaiuba.pdf); [http://www.ipece.ce.gov.br/categoria4/idm/IDM\\_2010.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/categoria4/idm/IDM_2010.pdf)>. Acesso em: set./out. 2012.

KAWAKAMI, Norito *et al.* Twelve-month prevalence, severity and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World mental health Japan Survey 2002-2003. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 59, n. 4, 2005.

KESSLER, Ronald C. *et al.* The 12-month prevalence e correlates of serious mental illness. In: MANDERSCHIED, R. W.; SONNENSHEIN, M. A. (Eds.). **Mental Health: United States**, 1996. Washington D.C.: Center for Mental Health Services, 1996.

\_\_\_\_\_. *et al.* Prevalence, Severity, and comorbidity of 12-month in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives General Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 617-627, 2005.

KRIEGER, Nancy. A glossary of social epidemiology. **Jornal of Epidemiology and Community Health**, v. 55, p. 693-700, 2001.

\_\_\_\_\_. Glossário de epidemiologia social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 11, n. 5-6, maio/jun. 2002.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

LIMA, Maria Cristina Pereira *et al.* Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, 2008.

LUDERMIR, Ana Bernarda; MELO-Fo, Djalma A. Condições de vida e estrutura ocupacional associados a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, 2002.

MARI, J.; WILLIAMS, P. A. A validity study of a psychiatric screenin questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Brit J Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, 1986.

MELO, Marcelo Feijó de; MELO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artemed, 2007.

MOURA FÉ, Nilson; SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Pesquisa sobre epidemiologia psiquiátrica em Messejana**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará/Imprensa Oficial, 1981. 121 p.

NATIONAL ADVISORY MENTAL HEALTH COUNCIL. Health care reform for Americans with severe mental illness: report of the National Advisory Mental Health Council. **Americans Journal of Psychiatric**, v. 150, p. 1447-1465, 1993.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ROCHA, Saulo Vasconcelos *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, dez. 2010.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GOLDBAUM, Moisés. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: \_\_\_\_\_; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 17-35.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia de imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 133 p.

\_\_\_\_\_; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; ABREU, Luciana Mesquita de. **Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: Hucitec, 2010. 262 p.

SANTANA, Vilma Souza. **Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador**. 1982. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

\_\_\_\_\_; ALMEIDA FILHO, Naomar; MARI, Jair de Jesus. Revisão dos estudos epidemiológicos em saúde mental no Brasil: 1ª parte. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, 1988.

SANTOS, Milton. **Espaço e método**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

\_\_\_\_\_. **A natureza do espaço**: técnica, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Editora USP, 2004.

SEGURA DEL POZO, Javier. Epidemiología de campo y epidemiología social. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 2, mar./abr. 2006.

SHEN, Yu-Cun *et al.* Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. **Psychological Medicine**, v. 36, n. 2, 2005.

SILVA, Jarbas Barbosa; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 12, n. 6, dez. 2002.

SOUZA, Elza Maria; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004.

VASCONCELOS FILHO, Ernani Vieira de. **Morrer por homicídio em Fortaleza-CE: um estudo de epidemiologia ecológica.** 2002. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

WUTKE, Erika F. **Estudo do psiquismo de gestantes com diabetes mellitus através do questionário para estilo de defesa (DSQ) e do questionário de morbidade psiquiátrica para adultos (QMPA).** 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### INVENTÁRIO DE GRAVIDADE DE DONÇA MENTAL

**INSTRUÇÃO:** Este inventário consiste em perguntas que devem ser respondidas com **SIM** ou **NÃO**

1. Alguma vez já necessitou de internação em decorrência de problemas mentais/emocionais?
2. Faz uso regular de medicação para sintomas mentais/emocionais?
3. Nos últimos 12 meses, fez algum planejamento ou tentativa de por fim à própria vida?
4. Tem apresentado dificuldades ou impedimentos de realizar atividades relacionadas ao trabalho em decorrência de problemas mentais/emocionais?
5. Tem apresentado dificuldades no relacionamento com as pessoas em decorrência de problemas mentais/emocionais?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, através do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, que estudará a Epidemiologia da Doença Mental Severa no município de Guaiúba, tendo como pesquisador o mestrando Frederico Emmanuel Leitão Araújo, orientado pelo Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio. Essa pesquisa tem o objetivo de compreender a relação entre perfil epidemiológico de Doença Mental Severa e situação sócio-econômico-demográfica de Guaiúba, e para isso, procederá, primeiramente, à descrição do perfil epidemiológico de Doença Mental Severa e do perfil sócio-econômico-demográfico do município, e, então, os relacionará, na perspectiva territorial. Para coletar os dados, será necessário realizar aplicação de instrumentos de investigação constituídos de perguntas a respeito de sintomas e outros aspectos relacionados a doenças mentais/emocionais. Tais instrumentos serão aplicados por entrevistadores previamente treinados. Para todas as perguntas que serão formuladas, aplicam-se apenas as respostas sim ou não. Neste sentido, solicito sua autorização para que sejam registradas as suas respostas referentes às perguntas dos instrumentos, caso concorde em participar da pesquisa. Caso o Sr.(a) não queira continuar fornecendo informações durante ou após a coleta de dados, estará livre para desistir em qualquer momento. Para realizar a coleta esses dados haverá um ambiente adequado, privativo e seu anonimato será preservado. Para participar desse estudo, o Sr.(a) não deverá gastar nenhum recurso financeiro, nem receberá financeiramente nenhum valor. Os dados produzidos serão utilizados apenas para fins científicos, e em conjunto publicados em revistas, livros, congressos, aulas. Estes dados serão guardados no Centro de Ciências da Saúde da Universidade, durante cinco anos e a partir daí serão destruídos. Em caso de dúvida durante ou após essa pesquisa, deverá entrar em contato com o pesquisador, por meio dos telefones: 31019826; 99985076 ou 34921505. Caso aceite participar do estudo, deverá assinar em duas vias, junto com o entrevistador, este termo de consentimento livre esclarecido. Uma ficará para você e outra deverá ser remetida ao pesquisador.

Guaiúba-CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012,

---

Assinatura do convidado

---

Assinatura do pesquisador

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### QUESTIONÁRIO DE MORBIDADE PSQUIÁTRICA DO ADULTO (QMPA)

**INSTRUÇÃO:** Este questionário consiste em 45 perguntas que devem ser respondidas com **SIM** ou **NÃO**

1. Sofre falta de apetite?
2. Tem dificuldade para dormir?
3. Queixa-se de zumbidos nos ouvidos, agonia na cabeça?
4. Sente dores ou pontadas freqüentes na cabeça?
5. Sente fraqueza nas pernas, dores nos nervos?
6. Fica agressivo, explode com facilidade?
7. Fica um período triste, com desânimo?
8. Sente bolo na garganta, queimação ou empachamento no estômago?
9. Sente tremores ou frieza nas mãos?
10. Tem com freqüência crises de irritação?
11. Tem dificuldade de aprender, lembrar ou entender as coisas?
12. Consome bebida alcoólica?
13. Às vezes fica parado, chorando muito?
14. Já pensou em dar fim à vida?
15. Já esteve descontrolado, fora de si, como se fosse doente da cabeça?
16. Não consegue trabalhar por nervosismo ou doença mental?
17. Já ficou sem falar ou enxergar?
18. Fica fechado no quarto sem querer ver ninguém?
19. Embriaga-se pelo menos uma vez por semana?
20. Bebe diariamente?
21. Queixa-se de palpitação ou aperto no coração?
22. Sofre de nervosismo ou está sempre intranquilo?
23. Preocupa-se muito com doença? Queixa-se sempre?
24. Já sofreu um ataque depois de um susto ou contrariedade?
25. Tem medo excessivo de certas coisas, ou de alguns bichos, ou de lugares fechados ou escuros?
26. Após fechar as portas, verifica várias vezes se estão bem fechadas?
27. Queixa-se de ouvir vozes ou vê coisas que os outros não vêem?
28. Fala coisas sem sentido, bobagens?

29. Fala ou ri sozinho?
30. Se acha perseguido, que estão querendo lhe fazer mal?
31. Sente que está sendo controlado por telepatia, por rádio ou espírito?
32. Às vezes fica por muito tempo em uma posição estranha?
33. Fica períodos exageradamente alegre sem saber por quê?
34. Fica andando muito, cantando ou falando sem parar?
35. Já utilizou ou usa atualmente remédio para dormir ou para acalmar os nervos?
36. Não consegue freqüentar a escola?
37. Sofre de acesso de loucura?
38. Sofre de retardamento mental?
39. Tem mania de limpeza ou arrumação, exageradamente?
40. Recebe tratamento para nervosismo ou doença mental?
41. Sofre de ataques, caindo no chão e se batendo?
42. É dado ao uso de drogas?
43. Bebe exageradamente?

*As questões abaixo se referem à família*

44. Não sabe se vestir, urina ou defeca nas roupas?
45. Não fala, não caminha, não reconhece as pessoas?

**ANEXO B****ÍNDICE DE PONDERAÇÃO SÓCIO-SANITÁRIA (IPSS)**

INDICADORES QUE COMPÕEM O IPSS E RESPECTIVOS PESOS ATRIBUÍDOS

<b>INDICADOR</b>	<b>PESO</b>
Proporção de chefes de família com renda de até dois salários mínimos	3
Proporção de analfabetismo	3
Coefficiente de mortalidade infantil	3
Número de estabelecimentos de ensino	2
Número de unidades de saúde	2
Proporção de casas com acesso precário a coleta de lixo	1
Proporção de casas com acesso precário a água tratada	1
Proporção de casas com acesso precário a esgotamento sanitário	1

## ANEXO C

## ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL (IDM)

GRUPOS DE INDICADORES QUE COMPÕEM O IDM	
<b>Grupo 1</b>	<b>Indicadores Fisiográficos, Fundiários e Agrícolas:</b> precipitação pluviométrica, área explorável utilizada, índice de distribuição de chuvas, valor da produção vegetal, valor da produção animal, consumo de energia rural e salinidade da água;
<b>Grupo 2</b>	<b>Indicadores Demográficos e Econômicos:</b> densidade demográfica, taxa de urbanização, produto interno bruto, receita orçamentária, consumo de energia elétrica da indústria e comércio, produto interno bruto do setor industrial e rendimento médio do emprego formal;
<b>Grupo 3</b>	<b>Indicadores de Infra-estrutura de Apoio:</b> agências de correio, agências bancárias, veículos de carga, emissoras de rádio, coeficiente de proximidade, domicílios com energia elétrica e rede rodoviária pavimentada;
<b>Grupo 4</b>	<b>Indicadores Sociais:</b> taxa de escolarização no Ensino Médio, taxa de aprovação no Ensino Fundamental, escolas com bibliotecas, salas de leitura e laboratórios de informática, equipamentos de informática, função docente no Ensino Fundamental com formação superior, taxa de mortalidade infantil, leitos hospitalares, médicos e abastecimento de água.