

## A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MARANGUAPE: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA POPULAÇÃO ATENDIDA NO PSF

### *THE MENTAL HEALTH IN THE CITY OF MARANGUAPE: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF THE POPULATION ASSISTED IN THE PSF*

### *LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE MARANGUAPE: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN ASISTIDA EN EL PSF*

MICHELL ÂNGELO MARQUES ARAÚJO<sup>1</sup>  
LIA CARNEIRO SILVEIRA<sup>2</sup>

*Objetivando identificar aspectos epidemiológicos e suas relações com o processo saúde-doença mental na cidade de Maranguape, desenvolvemos um estudo quantitativo, através de um questionário que aborda aspectos relativos à reprodução social e ao fortalecimento e desgaste dos grupos sociais, com 106 famílias atendidas pelo Programa Saúde da Família. Constatamos que as famílias estudadas enfrentam sérias dificuldades sociais como baixa renda familiar, más condições de habitação, alimentação insuficiente, entre outras. Além disso, percebe-se o uso elevado de psicotrópicos e a presença de transtornos mentais como deficiência mental, epilepsia e dependência química. Concluimos, portanto, que se faz necessário um somatório de esforços para melhorar a qualidade de vida da população com o desenvolvimento de ações em saúde mental nos diversos níveis de complexidade, envolvendo não só os gestores e profissionais de saúde mas a sociedade de um modo geral.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Estudos epidemiológicos, Saúde mental, Transtornos mentais.

*Aiming at identifying epidemiologic aspects and its relationships with the mental health-illness process in the city of Maranguape, we developed a quantitative study, through a questionnaire that approaches aspects concerning the social reproduction and the empowerment/consuming aspects of social groups. The research was made with 106 families which are assisted in the Health Family Program. We noticed that the families which were studied have been facing serious social difficulties such as: familiar low income, harmful living conditions, and insufficient amount of food, among others. Moreover, we perceive the high use of psychotropic and the presence of mental disorders like mental deficiency, epilepsy and chemical dependence. We conclude, therefore, that some efforts are made necessary to improve the population quality of life with the development of mental health actions in several levels of complexity which involve not only the managers and health professionals but the society in general.*

**KEYWORDS:** Epidemiologic Studies, Mental health, Mental disorders.

*Intentando identificar aspectos epidemiológicos y sus relaciones con el proceso de salud-enfermedad mental en la ciudad de Maranguape, desarrollamos un estudio cuantitativo, a través de un cuestionario que trata aspectos referentes a la reproducción social y al fortalecimiento y desgaste de los grupos sociales, con 106 familias asistidas en el Programa Salud de la Familia. Notamos que las familias estudiadas enfrentan dificultades sociales serias como baja renta familiar, bajas condiciones de vivienda, alimentación escasa, entre otras. Por otra parte, se nota un elevado uso de psicotrópicos y la presencia de desórdenes mentales como deficiencia mental, epilepsia y ldependencia química. Concluimos, por lo tanto, que la suma de esfuerzos llega a ser necesaria para mejorar la calidad de vida de la población, a partir de acciones de salud mental desarrolladas en varios niveles de complejidad, que impliquen la participación de gestores y profesionales de salud, así como a la sociedad de una manera general.*

**PALABRAS CLAVE:** Estudios Epidemiológicos, Salud mental, Trastornos Mentales .

<sup>1</sup> Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família e em Saúde Mental, Enfermeiro do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS/ Secretaria Executiva Regional-SER IV do município de Fortaleza-CE, Professor do Curso de Enfermagem da Faculdade Católica Rainha do Sertão, Mestrando em Cuidados Clínicos e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará, Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, Professora do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: liasilveira@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde<sup>1</sup> o número dos que sofrem por perturbações mentais chega a quatrocentos milhões de pessoas em todo o mundo. No Brasil, estima-se que 20% da população tenham algum transtorno mental. Além do sofrimento psíquico e da falta de cuidados adequados, essas pessoas vivenciam o estigma, a vergonha, a exclusão e com frequência a morte<sup>2</sup>.

Os diversos movimentos de reforma psiquiátrica em todo o mundo foram responsáveis por mudanças significativas na assistência de saúde àqueles que padecem de algum sofrimento psíquico, por assegurar-lhes os direitos humanos e de cidadania.

Num contexto mais amplo, percebemos que as políticas de saúde, como um todo, também passaram por importantes transformações nas últimas décadas. A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 foi marco importantíssimo da Reforma Sanitária Brasileira cujos pontos fundamentais são: conceito ampliado de saúde, saúde como direito do cidadão e dever do Estado e organização de um sistema único de saúde orientado por princípios como universalidade, integralidade das ações, descentralização e participação da comunidade. Esses pontos influenciaram a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a elaboração da Constituição Brasileira promulgada em 1988.

Com a promulgação da Constituição, são estabelecidas as diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), propiciando novas formas de organização dos serviços de saúde. O SUS é uma política pública avançada, concebida como uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade e como princípios a universalidade, a equidade e a resolutividade dos serviços<sup>3</sup>.

Vivemos em um país com graves problemas sociais, decorrentes de políticas excludentes, sendo poucas as ações implementadas para reduzir as disparidades. No tocante ao SUS, constatamos inúmeras dificuldades na operacionalização de seus princípios, pela falta de um modelo assistencial que organize os serviços de saúde e tenha como alvo principal a prevenção de agravos e a promoção da saúde, ao invés do tratamento de doenças<sup>4</sup>.

Para operacionalizar os princípios do SUS, várias propostas de mudanças foram criadas; entre elas, os distritos sanitários, com pouco sucesso por não proporcionarem concretas mudanças no modelo assistencial<sup>5</sup>. Diferente dessas estratégias citadas, a estratégia da Saúde da Família tem como base o vínculo e a co-responsabilidade entre profissionais e população, visando a substituição do modelo assistencial vigente e fazendo da família o objeto da atenção, não o indivíduo isolado, mas em seu contexto sócio-familiar. O objetivo dessa estratégia consiste na

“reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e centrado no hospital. No PSF (Programa de Saúde da Família) a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas”<sup>6:3</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde o objetivo do PSF é “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas, baseado na responsabilidade entre os serviços de saúde e a população”<sup>5:10</sup>. E especificamente, prestar assistência de qualidade na unidade ou domicílio, intervir nos fatores de risco da população, eleger a família como alvo do atendimento, humanizar as práticas, estabelecer parcerias através de ações intersetoriais, proporcionar à população o conhecimento de seus direitos e estimular a mobilização social<sup>6</sup>.

Se a saúde no Brasil necessitava de reformulação, a assistência psiquiátrica clamava mais que nenhum outro setor por mudanças e transformações. Influenciada pelos ideais de Reforma Sanitária e pelos diversos movimentos em todo o mundo, sobretudo pela Psiquiatria Democrática Italiana, a Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe a desinstitucionalização que nada mais é que a descontinuidade do modelo manicomial. Tal movimento não poderia esperar que esses pressupostos fossem apoiados e aceitos com facilidade, tendo em vista os

interesse de diversos setores (hospitais privados, indústria de fármacos) em manter esse modelo que gerava lucros sem precedentes<sup>7</sup>.

A Reforma Psiquiátrica toma verdadeiras proporções após a VIII Conferência Nacional de Saúde que se desdobrou na I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, e com o Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, que assegura legalmente suas metas, mesmo sendo modificado e aprovado quase dez anos depois.

A garantia da efetividade da Reforma Psiquiátrica está ligada à interrupção por parte da atenção básica das idas e vindas nas crises e internamentos dos indivíduos com transtornos mentais. Desde Alma-Ata a atenção primária vem sendo discutida como um dos elementos contribuintes para o novo paradigma da saúde, onde o foco principal é a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Essa visão, mais tarde, é reafirmada na Declaração de Caracas em 1990, que vincula os modelos psiquiátricos substitutivos à atenção primária, reforçando as redes sociais comunitárias que mantêm o doente em seu contexto sócio-familiar, sendo fator imprescindível para a reabilitação psicossocial<sup>8</sup>.

As intervenções em saúde mental pela atenção primária podem ser discriminadas em: detecção da demanda e diagnóstico simples; manejo de casos simples autolimitantes (depressão leve, reações de ansiedade), epilepsia, alcoolismo, doenças psicossomáticas, idosos; coleta de dados essenciais; trabalho com família e comunidade; apoio, socialização e referência de casos que não podem ser acompanhados nesse nível<sup>9,10</sup>.

O PSF, como principal representante da atenção primária e incumbido de atender às necessidades básicas de saúde da família, toma para si essa responsabilidade, que de outra forma negaria os seus princípios e se furtaria da obrigação ético-moral de ver o homem em sua integralidade, com suas diversas dimensões e repercussões.

O Estado do Ceará foi pioneiro na implantação da estratégia do PSF na operacionalização da atenção básica. Apesar das dificuldades encontradas na sua efetivação, principalmente na capital do estado, percebemos que esta é uma ferramenta viável na reestruturação do sistema de saúde, partindo da atenção básica. Certamente as ações de saúde mental poderão beneficiar-se desta forma de atuação, caso sejam consideradas prioritárias dentro do PSF.

Entretanto, apesar de algumas experiências isoladas, o que se detecta é que a assistência à saúde mental não tem sido considerada como competência da atenção básica. Além disso, no que diz respeito à atenção especializada em saúde mental no estado do Ceará, há uma rede discreta, sobretudo na capital que dispõe apenas de 03 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e 02 Hospitais-Dia, além da persistência do modelo hospitalocêntrico com a manutenção de seis hospitais psiquiátricos.

No interior do estado, o processo de implantação da reforma psiquiátrica conquistou alguns avanços em relação à capital contando com a implantação de 22 CAPS. Entretanto, o município de Maranguape, localizado na região metropolitana, com pouco mais de 96 mil habitantes, até a data de realização desta pesquisa não contava com nenhum serviço de saúde mental nem desenvolvia ações específicas nessa área.

Tal fato nos chamou a atenção e nos fez levantar algumas questões que merecem respostas: Há pessoas com algum transtorno mental nesse município? Se existem, quais os principais transtornos que acometem essa população? Qual a magnitude do problema? Que fatores estão relacionados à doença mental nesse município? São justificáveis a implantação de serviços de saúde mental e o desenvolvimento de ações que visem à promoção da saúde mental e a prevenção de transtornos mentais? O estudo que desenvolvemos parte da tentativa de responder a tais questionamentos, objetivando identificar aspectos epidemiológicos relacionados ao processo saúde-doença mental na cidade de Maranguape. Entendemos que a realização deste estudo não deve limitar-se apenas à descrição dos fatos, mas deve ter, também, um caráter interventivo, à medida que pode subsidiar elaboração e implementação de propostas para modificar a realidade estudada.

## METODOLOGIA

Uma das particularidades que confere um grande potencial de intervenção ao PSF é a sua capacidade de inserção na comunidade, possibilitando o conhecimento de perto dos problemas enfrentados em determinada realidade. Para que isto seja possível é preciso o conhecimento da área adscrita, identificando quem vive, como vive (perfis

de reprodução social), do que adoecer e morrer (perfis de desgaste), além de seus recursos e equipamentos sociais (perfis de fortalecimento) que influenciam no processo saúde-doença. Do contrário, sua ação não condiz com as necessidades e realidades locais<sup>11</sup>.

A Epidemiologia Crítica salienta que o objetivo das intervenções de saúde não deve ser a doença simplesmente, mas também o contexto social. Esse contexto social faz parte do perfil epidemiológico, sendo este o produto da junção dos determinantes e dos resultados do processo saúde-doença dos grupos sociais<sup>12</sup>.

Os aspectos epidemiológicos devem, portanto, servir de orientação para ações desenvolvidas numa determinada área, tendo como possibilidade de intervenção em saúde os planos, individual, grupal e estrutural. Para isto, é necessário envolver os sistemas de produção, distribuição e consumo, o sujeito no seu espaço e a consciência de suas necessidades. A análise, portanto, deve ser voltada não só para aquilo que é concreto, visível, mas também, e sobretudo, para aquilo que não se revela diretamente e está subjacente<sup>12</sup>.

Pelo exposto, desenvolvemos uma pesquisa quantitativa, entendendo que a mesma deve ser realizada quando pouco se conhece sobre um grupo de pessoas, instituição ou fenômeno social<sup>13</sup>. Esse estudo tem por finalidade identificar aspectos epidemiológicos (reprodução social, desgaste e fortalecimento) da população atendida no PSF do município de Maranguape, analisando suas relações com o processo de saúde-doença mental.

A cidade de Maranguape localiza-se a 30km da capital Fortaleza, com uma área de 591km e tem população estimada em 96.565 habitantes. O PIB (Produto Interno Bruto) per capita em 2002 foi de R\$ 2.792,00 e o índice de desenvolvimento humano é o 13º do Ceará. Com relação aos serviços de saúde o município conta com 32, sendo que destes, 26 são públicos. Na atenção básica existem atualmente 19 equipes de PSF atuando<sup>14</sup>.

Para fins de amostragem, neste estudo foram escolhidas 10 equipes de PSF. Dentro da área de abrangência de cada equipe, foi selecionada uma amostragem de famílias proporcional ao número atendido por cada uma delas, contabilizando um total de 106 famílias. As famílias foram selecionadas aleatoriamente a partir das visitas realizadas pelos agentes de saúde nos dias de realização da pesquisa.

A coleta dos dados deu-se com ajuda dos agentes comunitários de saúde das respectivas equipes, previamente treinados pelo pesquisador na Secretaria Municipal de Saúde, através de um instrumento (questionário), onde constam informações sobre o perfil de reprodução social (situação sócio-econômica, educacional), os perfis de fortalecimento (recursos ambientais e recursos sociais) e os perfis de desgaste (estado de saúde-doença mental da população). Vale ressaltar que foram seguidos os procedimentos éticos de acordo com a Resolução 196/96 que regula as pesquisas com seres humanos.

A disposição dos dados foi feita através do programa Epi-Info e processados em comentários dos números e tabelas. A análise foi feita com base na teoria da epidemiologia crítica e do perfil epidemiológico, percebendo o processo saúde-doença como algo dinâmico entre os indivíduos, seu ambiente e as dimensões históricas, econômicas e sociais dessa relação<sup>15</sup>.

## RESULTADOS

A coleta dos dados foi realizada com o membro da família que estivesse presente no momento da entrevista. Pudemos detectar que 74,5% das pessoas que responderam os questionários eram mães, donas de casa, 11,3% eram pais, 10,5% eram filhos (as) e 3,7% eram outros membros da família como: avós, cunhados (as) e outros parentes.

Sobre o número de membros na família, vemos a predominância de crianças e adolescentes, com 47,1%, sobre 33,9% de adultos e 19,0% de idosos.

O tipo de habitação predominante na amostra foi a alvenaria com 84,9% sobre 15,1% de taipa sem que fossem mencionados outros tipos de habitação. Além disso, a maioria dos imóveis é de propriedade do morador (78,3%), sendo que 8,4% são alugados e 13,3% outro tipo de concessão. Com relação à estrutura domiciliar, percebemos que 77,3% dos domicílios possuem água encanada, 96,2% tinham banheiro em casa e 100% das famílias pesquisadas contam com energia em seus lares.

Cinquenta e cinco por cento das famílias sobrevivem com 1 a 2 salários mínimos, 40,6% vivem com menos de 1 salário mínimo, 3,8% têm renda entre 3 e 5 salários

mínimos. Quanto ao número de refeições diárias, percebemos que apenas 56,5% referem fazer 3 ou mais refeições. O restante realiza apenas duas ou menos refeições por dia. Além disso, percebe-se que 24,5% das famílias possuem alguma criança desnutrida.

O número de famílias com crianças fora da escola é de 3,7%. Dentre as crianças que estão frequentando a escola, 15% apresentam um baixo rendimento escolar. Foi verificado, também, que 18,8% das famílias têm alguma criança contribuindo com a renda familiar, independente de estar ou não frequentando a escola.

Com relação às atividades de lazer, percebemos que 54,7% das famílias participam de algum tipo de grupo, seja religioso, comunitário, terapêutico, social, ao passo que 45,3% não participam de nenhum grupo. Outras opções de lazer citadas foram assistir à TV (como a principal atividade, perfazendo 24,5%), ouvir música (21,6%), passeios em ruas e praças (14,2%), beber em bares (5,6%), praticar esportes (2,9%), e 11,4% referiram não realizar nenhuma forma de lazer. Perguntados, ainda, com relação a como avaliam seu relacionamento familiar, 70,7% dos informantes referem ter bom relacionamento e 29,3% afirmam ter um relacionamento familiar insatisfatório.

Com relação aos problemas de saúde referidos pelas famílias, percebemos que os mais frequentes são as doenças crônicas e degenerativas (67), seguido do abuso de álcool (50) e de outras drogas (21). Como problema de saúde da família identificamos a gravidez na adolescência (04).

**TABELA 1**— DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS INSTALADOS, MARANGUAPE, 2004.

TANSTORNO MENTAL INSTALADO	Nº	%
Uso de medicação psicotrópica	39	24,3
Deficiência mental*	37	23
Epilepsia*	24	14,9
Tratamento psiquiátrico (atual ou anterior)	23	14,2
Internamento psiquiátrico	20	12,5
Tentativa de suicídio	18	11,1
TOTAL	161	100

\* Os diagnósticos de deficiência mental e epilepsia foram referidos pelos informantes e não conferidos por ocasião da pesquisa.

Dentre os processos de doença mental instalados, o uso de psicofármacos ficou em primeiro lugar com 24,3%, a deficiência mental com 23,0%, a epilepsia com 14,9%. Percebe-se que 14,2% passaram por algum tipo de tratamento psiquiátrico e que 12,5% já foram internados em instituições psiquiátricas. A incidência de tentativas de suicídio referida por 11,1% dos sujeitos também é um dado significativo. Além disso, quase 30,0% das famílias referiram acreditar necessitar de algum tipo de assistência psiquiátrica, mas não tiveram acesso aos serviços.

## ANÁLISE DOS DADOS

Pela grande maioria de informantes do sexo feminino (74,5%) percebemos que as mulheres ainda são as que mais estão presentes no lar e respondem pela família, apesar de suas outras atribuições. Devem, portanto, ser alvo prioritário de intervenções que contribuam com o bem-estar e a qualidade de vida da família.

Mesmo com a diminuição da natalidade, da mortalidade e aumento da expectativa de vida, a população infanto-juvenil ainda é grande, sobretudo nas comunidades com baixo nível socioeconômico como é o caso a que se refere este estudo (47,1%). É imperativo que se desenvolvam políticas públicas que venham assegurar as demandas dessa população, a saber: educação básica, alimentação adequada, profissionalização, saúde, lazer, bem como políticas de saúde mental voltadas para esse grupo, como educação sexual, uso de drogas, prevenção à violência, como forma de atenção primária.

Os fatores socioeconômicos, como educação, moradia, trabalho, alimentação, lazer e atividade social foram enfatizados neste estudo por constituírem-se em importantes indicadores de qualidade de vida de uma população. Um dos marcos conceituais deste estudo é relativo à percepção da saúde-doença como processo que envolve diretamente o potencial de acesso às necessidades que os sujeitos têm para viver a vida, ou seja, a moradia, a educação, a alimentação, o acesso ao sistema de saúde, o lazer e outros. Este potencial de acesso depende basicamente da inserção dos sujeitos na sociedade, mais especificamente no sistema de produção<sup>12</sup>.

É, portanto, necessário um esforço conjunto dos diversos setores da sociedade com o fim de promover a qualidade de vida, proporcionando condições satisfatórias aos indivíduos em situação de risco. Vale ressaltar que o baixo poder econômico e a incerteza com relação ao dia seguinte tem repercussões graves na saúde mental<sup>16</sup>.

Os dados obtidos com relação à estrutura domiciliar ainda apontam sérias dificuldades socioeconômicas visto que 22,7% das casas ainda não têm água encanada e 3,8% não possuem banheiros com instalações sanitárias. Os dados são preocupantes, pois as condições de saneamento básico e habitação mostram-se importantíssimas para a qualidade de vida e prevenção de doenças ou diminuição de seus efeitos. Além disso, investir na expansão e melhoria dessas condições contribui para dinamizar a economia, gerando emprego e renda. Na amostra estudada essas condições ainda não são ideais, tendo que se ampliar ou criar políticas públicas saudáveis que assegurem os serviços essenciais à população, especialmente da periferia e das comunidades rurais.

Percebe-se ainda que, além da renda familiar mostrar-se insuficiente para suprir as necessidades mínimas de uma família, sendo determinante da dimensão da pobreza e das baixas condições de vida, 43,3% das famílias pesquisadas não se alimentam adequadamente em termos de qualidade e quantidade. Apesar de o número de crianças desnutridas ser menor do que o das que não o são, essa percentagem é preocupante devido ao comprometimento no crescimento e desenvolvimento dessas crianças. Além de constituir-se num fator contributivo na manutenção das desigualdades sociais e limitação de oportunidades, a desnutrição infantil pode acarretar déficits motores, cognitivos e perceptivo-sensoriais, aumentando o número de indivíduos com alguma deficiência física ou mental<sup>17</sup>.

Faz-se necessário, portanto, a criação no município de Maranguape de estratégias para eliminar ou reduzir a desnutrição como forma de proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar os efeitos desta na vida dos cidadãos. Entendemos que no nível estrutural isso pode ser estimulado através de programas governamentais, fomento à produção, além de mobilização social por projetos de disponibilização de alimentos e acompanhamento e monitorização dos desnutridos<sup>17</sup>.

Mesmo com relação aos indivíduos adultos, a quantidade de refeições diárias interfere diretamente no aspecto socioeconômico, pelos déficits de macro e micronutrientes, repercutindo no desenvolvimento e desempenho ocupacional, reforçando o desemprego, o subemprego ou a renda insuficiente. Nesse sentido, é preciso a criação de projetos de incentivo à economia, em especial à agricultura e à pecuária que prevalecem como meio de produção no município de Maranguape. Deve-se, de forma especial, apoiar os pequenos produtores com propostas que se adequem melhor às condições geoclimáticas da área, favorecendo o crescimento econômico<sup>18</sup>.

É sabido que quanto maior o nível educacional de uma população, melhor o nível socioeconômico. Especificamente as pessoas com maior escolaridade têm maior oportunidade de acesso, captação e elaboração de informações relevantes para a saúde, aumentando a resolução de problemas, enfrentando questões internas e externas, socialização e perspectivas quanto ao futuro. Na amostra estudada percebe-se que ainda preocupa o percentual de crianças em idade escolar fora da escola (3,7%) e daquelas com baixo rendimento escolar (15%).

Outro dado preocupante é o percentual de famílias com crianças trabalhando (18,8%). Entendemos que a pressão que essas crianças recebem em ter que colaborar com a renda familiar em um período de suas vidas onde deveriam estar desfrutando de atividades de educação e lazer interfere na saúde mental destas. Portanto, é preciso desenvolver estratégias para criar, incentivar, apoiar e financiar diversos programas educacionais, que possibilitem a reversão deste quadro<sup>18</sup>.

A religião, os relacionamentos, as atividades de lazer e entretenimento são recursos de alto valor terapêutico e muitas vezes os únicos disponíveis<sup>19</sup>. O profissional de saúde pode atuar viabilizando conexões entre os diversos pontos de apoio da rede social como igrejas, associações e outros grupos, pensando esses espaços como possíveis promotores da saúde mental na comunidade. Os profissionais do Programa Saúde da Família devem identificar as famílias que necessitam de algum desses suportes, propondo grupos de encontros, incentivando os clubes, associações e outros. para con-

tribuir com o aumento da qualidade de vida e com a prevenção dos transtornos mentais<sup>9,20</sup>.

Percebemos a necessidade da ampliação dessas redes de apoio no município de Maranguape proporcionando espaços que incentivem as atividades artísticas, esportivas, culturais, educacionais e religiosas.

Outro ponto investigado foi relativo aos principais problemas de saúde referidos pela família onde se encontrou uma predominância de doenças crônico-degenerativas como hipertensão e diabetes, seguida pelo abuso de álcool, abuso de outras drogas e gravidez na adolescência. Esses dados vão ao encontro de uma tendência percebida mundialmente (embora mais rápida em países desenvolvidos) de declínio da incidência de patologias infecto-contagiosas e aumento das chamadas doenças crônico-degenerativas, estas últimas geralmente associadas ao estilo de vida do homem moderno<sup>21</sup>.

As doenças crônicas afetam a pessoa acometida bem como sua família, repercutindo em todas os âmbitos da vida destes, especialmente na saúde mental, onde problemas como crises, depressão, ansiedade e tentativa de suicídio não são raros, por comprometer as situações sócio-culturais e econômicas. Prestar a devida atenção às famílias com doentes crônicos e sobretudo doentes mentais crônicos, constitui-se numa forma de prevenir distúrbios psiquiátricos e promover a saúde mental<sup>22,23</sup>.

O alcoolismo e a dependência química são fontes geradoras de dor e sofrimento para os dependentes e para os que com eles convivem, sendo fatores desencadeantes de várias questões sociais (desemprego, fácil aquisição das drogas, exposição precoce na família etc.)<sup>19</sup>. Portanto, vemos claramente que ações devem ser desenvolvidas para prevenir o uso de drogas, oferecer acompanhamento aos dependentes e aos seus familiares. Vale salientar que essas ações podem ser implementadas pela equipe do PSF e o apoio de uma equipe mínima de saúde mental. A gravidez na adolescência também pode gerar tensões na família, podendo levar a problemas financeiros, desestruturação familiar, comprometendo a qualidade de vida e as expectativas quanto ao futuro da adolescente e da criança por nascer.

Outro aspecto averiguado na pesquisa foi a existência de transtornos mentais já instalados. Embora a in-

formação tenha partido apenas da informação dos sujeitos e não de uma avaliação clínica, entendemos que os dados podem apontar para a existência de uma demanda psiquiátrica não atendida no município de Maranguape. O município ainda não dispunha de serviços até a realização do estudo, que assumissem essa necessidade, sendo urgente a criação de uma política municipal que contemple os níveis primário, secundário e terciário na área de saúde mental.

Entendemos que o PSF pode ser um importante aliado na promoção e prevenção em saúde mental, intervindo de diversas formas, bem como promovendo o autocuidado, favorecendo o autoconhecimento, fortalecendo o processo de controle social, realizando oficinas de expressão, grupos, estimulando a ampliação de redes sociais e intervindo na melhoria da qualidade de vida. Entretanto, não se pode esquecer que a equipe de PSF precisa contar imprescindivelmente com o suporte de uma rede de serviços de saúde mental onde possa buscar orientação e referir os casos mais complexos<sup>9,19</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar os aspectos de reprodução social, fortalecimento e desgaste possibilita entender os processos de saúde-doença nas populações, levando em consideração o homem, seu ambiente, e suas relações e interações sociais. Além disso, deve permitir, a partir desse entendimento, o delineamento de estratégias para modificar a realidade<sup>11</sup>.

Este estudo buscou identificar aspectos epidemiológicos (reprodução social, desgaste e fortalecimento) da população atendida no PSF do município de Maranguape, analisando suas relações com o processo saúde-doença mental. Entendemos que este objetivo foi alcançado, pois identificamos os principais aspectos envolvidos no processo saúde doença-mental da amostra estudada.

A partir dos dados analisados é notória a necessidade de ações que promovam a qualidade de vida evidenciada pelas baixas condições socioeconômicas e baixa qualidade de vida, comprovadas pela inexistência ou inadequada atividade de lazer, pela renda familiar insuficiente, pela desnutrição, fome e convivência com doenças ou agravos na

família. Além disso, os dados confirmam também a importância de se desenvolver ações primárias, secundárias e terciárias de saúde mental, confirmado além das condições socioeconômicas pelo alto percentual de transtornos já instalados.

O PSF como porta de entrada do Sistema de Saúde e condizente com sua filosofia deve criar mecanismos na comunidade para a promoção da saúde mental e acompanhamento dos casos, através de ações diversas, intervindo tanto no plano individual como no plano grupal.

Além disso, no plano estrutural deve incluir ações de melhoria das condições socioeconômicas, envolvendo gestores, profissionais de saúde e a comunidade em geral. Para isso deve-se promover uma gestão participativa e a articulação com as diversas secretarias municipais e com a própria sociedade, incentivando a ampliação de mecanismos de participação popular e o controle social.

No que diz respeito à estruturação dos serviços de saúde mental, o município deve contar com uma rede conforme proposto na Reforma Psiquiátrica, incluindo atenção básica em saúde mental no PSF, CAPS, hospital-dia e leitos para internamento psiquiátrico em hospital geral.

Desejamos que essa pesquisa venha mobilizar os profissionais de saúde, gestores e demais setores da sociedade para proporcionarem uma atenção adequada em saúde mental, reafirmando os direitos à dignidade e à qualidade de vida, propostos pela Reforma Psiquiátrica e pela filosofia do PSF. Percebemos, também, que os dados aqui encontrados podem vir a motivar outros pesquisadores a dar continuidade no desenvolvimento de pesquisas junto a esta comunidade, utilizando como base os dados epidemiológicos aqui encontrados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Dia Mundial da Saúde – Saúde Mental: Cuidar, Sim. Excluir, Não. 2001 [citado 2005 fev 10] Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/DBI/MDS/promo-whd2001.htm>.
2. Alves DDD. et al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: Amarante P. Organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. p. 197-204.
3. Noronha JC, Levcovitz E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães R, Tavares R. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994. p. 73-111.
4. Campos GWS. Modelos Assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: Campos GW S. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 53-60.
5. Ministério da Saúde(BR). *Programa de Saúde da Família*. Brasília, 1998.
6. Franco T, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. 2000 [citado 2005 fev 10] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>.
7. Amarante P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.
8. Pitta AME. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta AME. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.19-26.
9. Jatene AD et al. *Saúde mental e saúde da família*, 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. (SaúdeLoucura, 7).
10. Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. *Manual de saúde mental*. 3ª.ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
11. Breilh J. From conventional surveillance to participatory monitoring *Ciêns Saúde Coletiva* 2003; 8(4):937-51.
12. Fraccolli LA, Bertolozzi MR. O perfil epidemiológico na prática do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. In: *Manual de enfermagem PSF*. Brasília: USP/IDS/MS; 2001.p. 9-13.
13. Polit DE, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 5ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
14. Brasil. IBGE. [citado em 2005 out 30] Disponível em: <http://www.Ibge.gov.br>.
15. Breilh J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: UNESP/Hucitec; 1991.
16. Ribeiro MO. A saúde da família em situação de exclusão social. In: *Manual de enfermagem PSF*. Brasília: USP/IDS/MS; 2001. p. 51-5.
17. Fujimori E, Rezende MA. Assistência / cuidado à criança com problemas nutricionais. In: *Manual de enfermagem PSF*. Brasília :USP/IDS/MS; 2001. p. 105-12.

18. Bittencourt AS, Magalhães RF. Fome: um Brasil silencioso. In: Minayo MCS, organizadora. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 269-90.
19. Brêda MZ, Augusto LG. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. Ciên Saúde Coletiva 2001; 6(2): 471-80.
20. Silva ALA, Oliveira MAF. Intervenções com familiares no campo psicossocial. In: Manual de enfermagem PSF. Brasília: USP/IDS/MS; 2001. p. 207-10.
21. Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade – epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: HUCITEC; 1998
22. Damião EBC, Rossato – Abêde. Interação com a família da criança cronicamente doente. In: Manual de enfermagem PSF. Brasília: USP / IDS / MS; 2001. p. 113-8.
23. Silva EM, Jorge MSB, Queiroz MVO. Perspectiva da família na convivência com o ser portador de esquizofrenia. Rev RENE, Fortaleza 2003 jul/dez; 4(2): 53-60.

RECEBIDO: 19/08/05

ACEITO: 07/06/06