



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

**IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES RELACIONADOS COM O ACOMPANHAMENTO
DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE EM JOÃO PESSOA - PB**

Juliana Nunes Abath Cananéa

João Pessoa
2013

JULIANA NUNES ABATH CANANÉA

**IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES RELACIONADOS COM O ACOMPANHAMENTO
DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE EM JOÃO PESSOA - PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regular para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: **Modelos em Saúde**

Orientadores:

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento

João Pessoa/PB
2013

C213i Cananéa, Juliana Nunes Abath.
Identificação dos fatores relacionados com o
acompanhamento dos usuários dos Centros de Atenção
Psicossocial nas unidades básicas de saúde em João Pessoa-
PB / Juliana Nunes Abath Cananéa.-- João Pessoa, 2013.
108f.
Orientadores: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, João
Agnaldo do Nascimento
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN
1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Assistência integral.

UFPB/BC

CDU: 616.89(043)

JULIANA NUNES ABATH CANANÉA

**IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES RELACIONADOS COM O ACOMPANHAMENTO
DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE EM JOÃO PESSOA - PB**

Data da defesa: João Pessoa, 23 de agosto de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Orientador - UFPB

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Orientador - UFPB

Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos
Membro Interno - UFPB

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Membro Interno - UFPB

Profa. Dra. Jória Viana Guerreiro
Membro Externo - UFPB

À minha mãe, Arlete (in memoriam et in vita), maior exemplo que tive de amor, força e amor pela vida, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por mais uma vida terrena, pela oportunidade de crescimento enquanto ser humano e de aprendizagem cotidiana nessa escola chamada Vida;

À minha mãe, Arlete (in memoriam), expressão máxima de esperança e perseverança que conheço, por não desistir, por lutar diária e exaustivamente pelo dom da vida, até o fim (ou melhor, recomeço). Por mais difícil que tenha se tornado essa caminhada, eu jamais desistiria, pois a lição que eu tinha em casa, vinda de você, não me permitiria. À você, minha gratidão e amor eternos;

Ao meu pai, Fernando, por tanta confiança e apoio, pelo exemplo que sempre me deu de dedicação e compromisso com o que faz. Por ter me mostrado desde cedo, junto com minha mãe, que a educação é o caminho da dignidade e a maior herança que deixariam para mim;

Ao meu esposo, Vinícius, companheiro de todas as horas, pelo silêncio quando necessário, pela força nas horas de maior angústia. Por sua enorme compreensão, pelo conforto da sua presença, por seu amor. Você é tão autor deste trabalho e tão protagonista da minha vida quanto eu mesma;

Ao pequeno Pedro, minha “pedra” fundamental, minha fortaleza, que acompanhou essa batalha dentro de mim e, mesmo depois de seu nascimento, aqui permanece, em sentimento e espírito, para todo o sempre;

Ao meu irmão, Thiago, pelo simples fato de existir em minha vida, mas também pela solidariedade, pelo esforço com que se dedicou a esta causa, como se sua fosse...e é! Este trabalho também é seu;

À toda a minha família, minhas tias Ana, Telma e Patrícia (mães que sempre tive), meus primos Bárbara, Gustavo e Victor (irmãos que adotei) e minha cunhada Gregória (irmã que ganhei), pelos intensos encontros e desencontros que nos fortalecem a cada dia, por estarem sempre por perto;

À professora Andréa Vanessa Rocha, antes minha orientadora, pelo apoio, pelas contribuições técnicas e emocionais que sempre me ofereceu, pelo ser humano e profissional que é;

Aos meus colegas do mestrado, pessoas que mais conhecem a dor e a delícia de vivê-lo;

Aos companheiros Adriene, Aaron e Raquel Luna, que não nos acompanharam até o fim, fazendo falta nessa jornada;

Aos amigos que ficaram e ficarão, Aliba, Daniella, Giullyana, Priscilla e Rafaela, pela parceria, pela cumplicidade construída. Vocês são especiais para mim;

À Renata Grigório, que sempre se mostrou tão disponível e solidária, pelas consultorias nas horas mais “fuzzy” (nebulosas);

A todos os professores do mestrado, pelos conhecimentos que construímos juntos, meu respeito e gratidão;

Aos meus orientadores Rodrigo Vianna e João Agnaldo, que entraram na minha vida em um momento de reconstrução e foram imprescindíveis na edificação deste trabalho, apoiando-me e fazendo-me mais forte;

Aos professores César Cavalcanti e Ulisses Umbelino, pelo crescimento que me proporcionaram em suas aulas e por suas importantes contribuições a este trabalho;

Aos professores Jória Guerreiro, Sérgio Ribeiro e Ulisses Umbelino, por terem aceito avaliar este trabalho;

Ao UNIPÊ, representado pelas professoras Mariana de Brito Barbosa, Ana Margarida Trigueiro do Valle e Elma Fernandes, por todo o apoio;

Às minhas amigas, Rosa Camila e Miriam Lúcia, pelo suporte sempre que precisei, por dividirem comigo vários momentos nestes dois anos de mestrado;

A Celinha e Elise, parceiras de trabalho, pela compreensão e apoio nos momentos em que precisei;

À direção e a todos os profissionais dos serviços envolvidos nesta pesquisa, que possibilitaram o seu desenvolvimento;

Aos usuários que aceitaram participar deste estudo, pela confiança que depositaram em mim;

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que eu concluísse esse mestrado;

MUITO GRATA!

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

Paulo Freire

RESUMO

A loucura foi tratada historicamente através da reclusão (internação), com a consequente institucionalização. A Reforma Psiquiátrica surge, nesse contexto, com o objetivo de transformar as relações na saúde mental, propondo a criação de estruturas substitutivas ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destacando-se a Estratégia Saúde da Família como instrumento fundamental no acompanhamento aos indivíduos em sofrimento psíquico. O presente estudo teve o objetivo de avaliar o acompanhamento dos usuários dos CAPS de João Pessoa na atenção básica. Trata-se de um estudo transversal, com 170 usuários de três CAPS do município de João Pessoa, em que foram realizadas análises descritivas simples e de Correspondência Múltipla, e análise estatística inferencial, com a aplicação da Regressão Logística, tendo como variável dependente a utilização da ESF e, como variáveis independentes, características sociodemográficas e de atenção à saúde. Observou-se que somente 41,8% (IC 95%: 34,4% - 49,2%) utilizam os serviços básicos das ESF. Além disso, ter história de internação psiquiátrica, não participar de outras atividades e serviços, tomar medicamentos e ter cuidador familiar estão associados à falta de acompanhamento na USF. A chance de ser acompanhado diminui se houver história de internação e trabalho remunerado, aumentando se for católico. Diante disso, verifica-se que a saúde mental precisa ser fortalecida na Atenção Básica, com ações para ampliar a rede substitutiva ao hospital psiquiátrico e reduzir as internações, mas principalmente, favorecer uma atenção de qualidade, ampliando a articulação da rede para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico, a fim de reinserir esses indivíduos socialmente.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção básica; Assistência integral.

ABSTRACT

Madness was historically treated with imprisonment (hospitalization), with the consequent institutionalization. The Psychiatric Reform arises, in this context, in order to transform relations in mental health, proposing the creation substitutive structures for the psychiatric hospital, such as the Centers of Psychosocial Care (CAPS), evidencing the Family Health Strategy as a fundamental resource in monitoring individuals in psychological suffering. The present study aimed to evaluate the monitoring of CAPS users of João Pessoa in primary care. It is a cross-sectional study with 170 users from three CAPS in the city of João Pessoa, in which simple and Multiple Correspondence descriptive analyzes were performed, as well as statistical analysis, with the application of Logistic Regression, having as dependent variable the use of Family Health Strategy (ESF) and, as independent variables, sociodemographic and health care characteristics. It was observed that only 41,8% (95% CI: 34,4% - 49,2%) use the basic services of the USF. Also, having a history of psychiatric hospitalization, not participating in other activities and services, taking drugs and having family caregivers are associated with lack of monitoring at USF. The chance to be accompanied decreases if there is a history of hospitalization and paid work, increasing if the individual is catholic. Thus, it appears that mental health needs to be strengthened in Primary Care, with actions to expand the substitutive network to the psychiatric hospital and reduce hospitalizations, but mostly, promoting quality care, expanding the articulation of the services to improve quality of life for people in psychological suffering, in order to socially reintegrate these individuals.

Keywords: Mental health, Primary Care, Integral assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01 -	Distribuição dos usuários segundo o sexo.....	63
Gráfico 02 -	Distribuição dos usuários segundo a internação psiquiátrica.....	68
Gráfico 03 -	Distribuição dos usuários segundo o uso de medicamentos.....	70
Gráfico 04 -	Medidas de Discriminação das variáveis sociodemográficas.....	75
Gráfico 05 -	Associação entre categorias das variáveis sociodemográficas.....	77
Gráfico 06 -	Medidas de Discriminação das variáveis clínicas e de atendimento.....	79
Gráfico 07 -	Associação entre categorias das variáveis clínicas e de atendimento	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	- Distribuição dos CAPS por Macrorregião e Gerência Regional na Paraíba.....	39
Tabela 02	- Caracterização dos CAPS do município de João Pessoa – PB.....	40
Tabela 03	- Distribuição dos serviços substitutivos por Macrorregião e Gerência Regional na Paraíba.....	42
Tabela 04	- Distribuição dos serviços substitutivos em João Pessoa – PB.....	42
Tabela 05	- Distribuição dos usuários segundo acompanhamento em USFs.....	62
Tabela 06	- Distribuição dos usuários segundo faixas etárias.....	63
Tabela 07	- Distribuição dos usuários por Distrito Sanitário.....	64
Tabela 08	- Distribuição dos usuários por condições de moradia.....	64
Tabela 09	- Distribuição dos usuários por escolaridade e trabalho.....	65
Tabela 10	- Distribuição dos usuários por renda.....	65
Tabela 11	- Distribuição dos usuários por atividades de lazer que realizam.....	66
Tabela 12	- Distribuição dos usuários por frequência das atividades de lazer.....	66
Tabela 13	- Distribuição dos usuários por religião.....	67
Tabela 14	- Distribuição dos usuários segundo número de internações e hospital.....	68
Tabela 15	- Distribuição dos usuários segundo os sintomas no momento da internação.....	69
Tabela 16	- Distribuição dos usuários segundo os motivos da internação.....	69
Tabela 17	- Distribuição dos usuários segundo o uso de medicamentos.....	70
Tabela 18	- Distribuição dos usuários segundo a frequência de acompanhamento no CAPS.....	71
Tabela 19	- Distribuição dos usuários segundo a frequência de acompanhamento em USFs.....	71
Tabela 20	- Distribuição dos usuários de acordo com os serviços procurados.....	72
Tabela 21	- Distribuição dos usuários de acordo com tipo e frequência de cuidador.....	72

Tabela 22 -	Análise de Correspondência Múltipla para as variáveis sociodemográficas.....	73
Tabela 23 -	Medidas de Discriminação das variáveis sociodemográficas.....	74
Tabela 24 -	Quantificações de categorias das variáveis sociodemográficas.....	76
Tabela 25 -	Análise de Correspondência Múltipla para as variáveis clínicas e de atendimento	78
Tabela 26 -	Medidas de Discriminação das variáveis clínicas e de atendimento	78
Tabela 27 -	Quantificações de categorias das variáveis clínicas e de atendimento	80
Tabela 28 -	Categorização das variáveis do modelo ajustado.....	82
Tabela 29 -	Coefficientes e p-valores das variáveis do modelo ajustado.....	82
Tabela 30 -	Estatísticas para avaliação do modelo.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AB	Atenção Básica
ACM	Análise de Correspondência Múltipla
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSM	Centros de Saúde Mental
ESF's	Equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PNASH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares em Psiquiatria
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RP	Reforma Psiquiátrica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
UF	Unidade Federativa
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 HISTORICIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	21
3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	31
3.3 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	43
3.4 ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA MÚLTIPLA.....	49
3.5 REGRESSÃO LOGÍSTICA.....	52
4 METODOLOGIA	57
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	57
4.2 CENÁRIO, POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	58
4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	59
4.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	60
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	61
5 RESULTADOS	62
5.1 ANÁLISE EXPLORATÓRIA.....	62
5.2 MODELAGEM ESTATÍSTICA.....	73
6 DISCUSSÃO	85
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	94
Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido	102
Apêndice B - Ficha de dados institucionais.....	104
Apêndice C - Questionário	105
Anexo A – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa.....	107

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a loucura, assim como outras formas de desvio dos padrões de comportamento socialmente estabelecidos, tem sido tratada sob a perspectiva da reclusão, como uma maneira de evitar a mendicância, a ociosidade e a periculosidade. Na disseminação dessa cultura de violência institucional, a internação, proposta como recurso terapêutico, representou não apenas o cerceamento da liberdade, mas, também, dos direitos dos indivíduos, como o direito à vida (PASSOS, 2009).

A transformação dos hospitais em instituições médicas, antes instituições de caridade que ofereciam abrigo aos pobres, mendigos e doentes, foi consequência de um momento histórico de amplas mudanças políticas, econômicas e sociais, a partir da Revolução Francesa. Assim, os hospitais deixaram de ser exclusivamente filantrópicos e passaram a exercer um papel mais político, determinado por autoridades reais e jurídicas. O advento do hospital geral definiu um novo lugar social para os loucos na sociedade, com uma prática de isolamento e separação (FOUCAULT, 2007).

Nesse enfoque, a intervenção médica passou então a ser realizada no hospital, onde era possível agrupar as doenças para observá-las com maior clareza, consolidando a medicina como uma prática predominantemente hospitalar e a internação como um recurso necessário a essa prática.

Dentro dessa conjuntura, o psiquiatra Phillip Pinel deu o primeiro passo para a medicalização do hospital e a apropriação da loucura pela medicina como doença mental, constituindo para ela um lugar específico: o hospital psiquiátrico. Apesar de livres das correntes, os loucos, ou alienados, foram submetidos ao isolamento como princípio do tratamento moral, a fim de afastá-los das causas da alienação presentes na sociedade. Uma vez que o conceito de alienação mental, ou seja, a perda do juízo e o distanciamento da realidade, surge atrelado à periculosidade, a internação é justificada como tratamento, posto que impõe disciplina e ordem (AMARANTE, 2009).

Posteriormente à internação, persiste um processo de institucionalização, definido por Basaglia (2005) como a anulação da identidade dos sujeitos asilados e restrição de sua

individualidade, o que ocorre pelas características da instituição em que se encontram e a natureza das práticas nela instituídas.

De acordo com Amarante (2010b), no segundo pós-guerra, as reflexões sobre a natureza humana e suas relações possibilitaram o início de outras transformações na psiquiatria. A sociedade voltou seus olhos para as condições em que eram tratados os pacientes nos hospitais psiquiátricos, o que culminou nas primeiras experiências de reforma em vários países, como a da Comunidade Terapêutica que ocorreu na Inglaterra, da Psicoterapia Institucional e da Psiquiatria de Setor, ambas francesas, além dos movimentos americano, com a Psiquiatria Preventiva, e inglês, com a Antipsiquiatria.

Partindo de alguns elementos de cada uma destas possibilidades e, principalmente, transformando-as, a experiência italiana da Psiquiatria Democrática, que teve Franco Basaglia como protagonista, rompeu com os modelos anteriores ao propor uma nova relação com os sujeitos em sofrimento mental. A partir das experiências de Basaglia em Gorizia nos anos 60, e mais fortemente em Trieste na década de 70, inicia-se na Itália o processo pela Reforma Psiquiátrica (RP), com a proposta de desinstitucionalização dos indivíduos em sofrimento psíquico. A RP objetiva a superação do aparato manicomial não apenas enquanto estrutura física do hospício, mas de todo um conjunto de saberes e práticas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação (AMARANTE, 2010b).

Diante desse contexto, a Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, almejada desde o final da década de 1970, aponta para a superação do modelo hospitalocêntrico na atenção às pessoas em sofrimento mental, preconizando não apenas a desospitalização, mas a desinstitucionalização e a reinserção social do usuário, a fim dele alcançar uma melhor qualidade de vida. Amarante (2009) assevera que a Reforma Psiquiátrica constitui um processo histórico complexo, com o objetivo de definir estratégias de transformação do aparato manicomial, na perspectiva de construir um novo lugar para a loucura e para as pessoas em situação de sofrimento psíquico na sociedade.

Desse modo, o processo da RP ultrapassa os limites da necessária reorganização da assistência e dos serviços psiquiátricos, representando um movimento mais amplo e complexo que almeja a transformação da relação entre usuários, profissionais e instituições, e defende a criação de estruturas que substituam a internação psiquiátrica e produzam novos conhecimentos e práticas (AMARANTE; CRUZ, 2008).

Nesse movimento de reorganização, está prevista uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico em que estão incluídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que devem ser serviços abertos, de base comunitária, oferecendo atendimento diário aos usuários em sofrimento psíquico. Seu objetivo principal, além de garantir o tratamento medicamentoso, é promover a reinserção social desses indivíduos pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício da cidadania e fortalecimento das relações familiares (BRASIL, 2011a).

Segundo Dimenstein e colaboradores (2009), os CAPS ocupam lugar central na proposta da RP, pois devem ser capazes de buscar a implementação de processos de transformação no sentido da superação da lógica manicomial, com um caráter substitutivo e não complementar ao hospital psiquiátrico. Para alcançar tal objetivo, os serviços de atenção psicossocial devem desenvolver ao máximo sua atuação no território, ampliando suas relações com os recursos existentes na comunidade, em ações que perpassem os vários setores, tanto sanitários como das políticas públicas e da sociedade em geral (AMARANTE, 2010b).

Outro equipamento, a Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui a reorientação do modelo de atenção à saúde, operacionalizada em unidades básicas com equipes multiprofissionais atuando em uma determinada área geográfica (BRASIL, 2011a).

De acordo com os princípios de equidade e integralidade, as políticas públicas de saúde devem oferecer condições para promover a desinstitucionalização considerando a organização de equipes multiprofissionais para o cuidado em saúde mental (CAPS), bem como mantendo aberta a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) através das Equipes de Saúde da Família (ESF). Estas constituem um recurso essencial para a atenção à saúde de todas as pessoas do território, incluindo aquelas em sofrimento psíquico, historicamente assistidas e reclusas em outros espaços (AMARANTE, 2010b; BRASIL, 2011a).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), as ESF's devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos, a partir de mudanças no objeto de atenção, na forma de atuação e nas práticas de assistência à saúde. Assim, a Estratégia Saúde da Família soma-se aos CAPS como espaço necessário e privilegiado de intervenção para a transformação requerida pela RP, mostrando-se como um dispositivo significativo para traçar ações focadas no território, facilitar a reinserção do indivíduo em sua comunidade e garantir o acesso e o acompanhamento aos indivíduos em sofrimento psíquico (DIMENSTEIN, et al., 2009).

O Ministério da Saúde (MS) indica que a expansão e a qualificação da Atenção Básica, organizada pela ESF, compõem parte do conjunto de prioridades políticas, devendo superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença. O novo enfoque deve se realizar por meio de práticas gerenciais e sanitárias que sejam democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe. Essa perspectiva é antagônica ao modelo de atendimento centrado nos especialismos, intensamente questionado desde a década de 80, com o Movimento pela Reforma Sanitária, por defender uma perspectiva de saúde fragmentada, distante da concretude da vida dos sujeitos (GUEDES et al., 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 450 milhões de pessoas se encontram em sofrimento psíquico ou com transtorno de comportamento em todo o mundo, sendo que 75% não recebem nenhum tipo de tratamento ou cuidado. O documento ressalta ainda que menos de 2% dos recursos investidos na saúde são destinados à saúde mental (WHO, 2010).

No Brasil, estima-se que cerca de 9% da população total, em todas as faixas etárias, necessita de cuidados gerais em saúde mental, em função de sofrimentos psíquicos considerados leves, e 3% da população sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, sendo mais freqüentes as psicoses, neuroses e transtornos de humor. Além disso, 6% dos brasileiros apresentam-se em sofrimento psíquico devido ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010a).

Contudo, apesar de a Paraíba ter alcançado uma cobertura “muito boa” em termos de proporção de CAPS por habitantes, ainda registra números elevados de internações em hospitais psiquiátricos, visto que, nos anos de 2010 e 2011 foram realizadas 8908 e 9279 internações, respectivamente, o que representa uma proporção de 1,25% e 1,3% da população nos anos em análise.

Dessa forma, partimos do pressuposto que a gerência dos serviços de saúde e os profissionais da área precisam fazer uso de toda a potencialidade dos CAPS, assim como de toda a rede de serviços substitutivos e da atenção básica. Nesse sentido, Dimenstein e colaboradores (2009) afirmam que a desinstitucionalização só vai ocorrer se a gestão e os profissionais que cuidam da saúde mental atentarem para essa realidade.

Frente esta necessidade, o presente trabalho tem o objetivo de identificar os fatores relacionados com a utilização das Unidades Básicas de Saúde pelos usuários dos CAPS do município de João Pessoa, na Paraíba, com a finalidade de oferecer subsídios aos gestores e

profissionais da saúde para ampliar a resolutividade da atenção básica à saúde da população em sofrimento psíquico.

O interesse pela temática decorre da experiência profissional da pesquisadora no apoio matricial a equipes de Saúde da Família e na direção técnica do Distrito Sanitário V, no município de João Pessoa-PB, ao observar muitas vezes a insegurança dos membros das equipes no manejo com as situações em saúde mental. Tal fragilidade tem como consequência pouca resolutividade das ESF's e um maior acompanhamento desses usuários em serviços especializados e na alta complexidade, com as internações psiquiátricas.

Nesse contexto, foram elaboradas algumas questões norteadoras para este estudo: qual o perfil dos usuários em sofrimento psíquico acompanhados nos CAPS municipais de João Pessoa - PB? Qual o perfil dos indivíduos em sofrimento psíquico que frequentam as Unidades de Saúde da Família no município? Quais os fatores que determinam o acompanhamento desses indivíduos na Atenção Básica?

Diante da problemática apresentada, e considerando que o acompanhamento de indivíduos em sofrimento psíquico na ESF é um importante indicador de saúde mental, pois favorece o reconhecimento dos avanços da RP, torna-se relevante o desenvolvimento deste estudo com usuários acompanhados no CAPS de João Pessoa – PB, com vistas a contribuir para a gestão e implementação de políticas de saúde mental.

Espera-se que tal investigação promova uma reflexão sobre o desafio que o fortalecimento da saúde mental na Atenção Básica representa para a consolidação dos pressupostos da RP enquanto processo transformador da realidade e auxilie a todos os sujeitos envolvidos no processo de tomada de decisão, com vistas a garantir uma melhor qualidade de vida e o resgate da cidadania para os sujeitos em sofrimento psíquico.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o acompanhamento dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS municipais de João Pessoa no nível primário de atenção à saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Verificar o perfil sociodemográfico de usuários em sofrimento psíquico acompanhados nos CAPS de João Pessoa;
- b) Verificar aspectos clínicos e de atendimento em usuários acompanhados nos CAPS de João Pessoa;
- c) Identificar os principais fatores relacionados com o acompanhamento na Estratégia Saúde da Família de usuários dos CAPS do município;
- d) Produzir, a partir dos dados, informações para auxiliar o processo de Tomada de Decisão em saúde mental no município, na perspectiva de proporcionar uma atenção integral aos indivíduos em sofrimento psíquico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTORICIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A saúde mental se constitui em um campo que possibilita muitas abordagens, e que não pode ser reduzido ao estudo e tratamento das doenças mentais, pois diz respeito a sujeitos e coletividades, devendo transpor o paradigma de verdade definitiva e pensamento simplificado para ampliar sua discussão no sentido da complexidade, da reflexão e da transversalidade de saberes. Nesse processo, o foco deve deixar de ser a cura, mas a busca pela saúde em todos os seus aspectos e a reinserção social do cliente, que passa a ser ator da mudança, em uma transformação gradativa, a partir de suas necessidades (AMARANTE, 2010b).

Esse autor acrescenta que esse campo é um dos mais complexos e intersetoriais da saúde, como também de todas as áreas de conhecimento, pois não é baseado apenas na psiquiatria, mas em saberes diversos e complementares. Portanto, para a compreensão da atenção à saúde mental nos dias atuais, com seus limites e possibilidades, é necessário discutir como a loucura foi interpretada ao longo dos tempos e que formas de lidar com ela foram instituídas.

Segundo Silva (2003), a humanidade convive com a loucura desde suas primeiras formas de organização social e a interpreta conforme a visão de mundo dominante em cada momento histórico. Na Antiguidade, por exemplo, existiam as explicações mágicas e religiosas da Mitologia, enfoque que foi sendo superado com o desenvolvimento das sociedades ocidentais, com pensamentos como o de Hipócrates que, nessa época, já atribuía à loucura causas orgânicas.

Na Idade Média, a percepção social da loucura é representada pela ética do internamento, baseando-se na prática de proteção e guarda. O hospital, nesse período, tem uma função de hospedaria, sendo um espaço de abrigo para todos aqueles que viviam às margens da sociedade, como prostitutas, ladrões, leprosos e loucos, isto é, todos aqueles que representavam ameaça à ordem social. Portanto, a internação nessa época não era orientada por preceitos médicos, nem tinha um caráter terapêutico, mas de exclusão e segregação definidas pelo critério da desrazão, visto que não havia um olhar para a loucura que a diferenciava de outras condições de marginalização (AMARANTE, 2009).

Foucault (2007) afirma que, no século XVII, a loucura encontrou na sociedade um novo lugar social, assim como todas as outras formas de desvio dos padrões socialmente estabelecidos, que passaram a ser reguladas e contidas, com a finalidade de impedir a mendicância e a ociosidade. Tal fato ocorreu a partir da criação do Hospital Geral de Paris, surgindo uma nova modalidade de hospital, que começou a cumprir uma função social e política mais evidente. A internação passou então a ocorrer de duas maneiras: voluntária (bem menos frequente) ou involuntariamente, nesse caso determinada por autoridades públicas com soberania absoluta não apenas sobre os internos, mas sobre toda a população.

A estrutura institucional do Hospital Geral, chamada por Foucault de “*A Grande Internação*” ou “*O Grande Enclausuramento*” pela natureza de segregação, foi perdendo sua função religiosa e de caridade e assumindo um caráter de instituição de Estado, com a estruturação de um poder que tinha função semijurídica, entre a polícia e a justiça (a “*Terceira Ordem de Repressão*” segundo Foucault). Nesse momento histórico de reorganização social e política, no final da Era Medieval, os hospitais gerais cumpriram o papel de auxiliar a ordem pública ao excluir segmentos sociais que a ameaçavam (AMARANTE, 2003, p.42).

Especialmente após a Revolução Francesa, dada a crescente atuação médica nos hospitais com o intuito de adequá-los às necessidades modernas, iniciou-se o seu processo de medicalização. Os hospitais, antes instituições de caridade, precisavam ser democratizados enquanto espaços sociais, de acordo com os ideais revolucionários, e tornaram-se instituições médicas por excelência, ao mesmo tempo em que a medicina também passou a ser um saber e uma prática exclusivamente hospitalares, como consequência das transformações no modelo científico (AMARANTE, 2010b).

Produziu-se um saber sobre as doenças “fundamentado no modelo epistemológico das ciências naturais”, tendo o isolamento como o princípio que permitiria observar o objeto do conhecimento, isto é, só com a internação hospitalar era possível agrupar as doenças e observá-las em sua evolução. Além disso, fazia-se necessário agrupar os indivíduos pelas doenças que apresentavam, classificando-os por suas semelhanças ou diferenças (AMARANTE, 2003, p.45).

Segundo Amarante (2010b), esse novo modelo produziu um saber original sobre as enfermidades, entretanto, esse saber referia-se à doença transformada pela intervenção médica, por meio do processo da institucionalização, em uma relação com a doença enquanto objeto, sem a preocupação com o sujeito que a vivenciava.

Nessa conjuntura, o psiquiatra francês Philippe Pinel propõe a ‘liberdade’ dos loucos que, apesar de livres das correntes, deveriam ser submetidos a um completo “isolamento” para que pudessem restituir a liberdade tolhida pela alienação. Ele elaborou a primeira classificação das enfermidades mentais, consolidando o conceito de alienação mental como um distúrbio que desarmoniza a mente e a capacidade de perceber a realidade. O conceito de alienação surge então associado à idéia de periculosidade, com o entendimento de que aqueles que não conseguem discernir entre o certo e o errado representam perigo à sociedade, já que o ‘alienado’ perde a razão e, portanto, o livre-arbítrio (AMARANTE, 2010b, p.29).

O gesto de Pinel ao desacorrentar os loucos representou apenas uma transformação em parte da natureza da instituição hospitalar, que permanecia em sua essência de custódia, já que defendeu a internação e a privação do convívio social como recursos terapêuticos necessários para o tratamento moral. Para Pinel, a hospitalização permitia isolar a alienação para melhor compreendê-la, afastando o ‘alienado’ das interferências do meio (AMARANTE, 2009).

Dessa forma, no momento em que a França revolucionária defendia a Liberdade, Igualdade e Fraternidade, a psiquiatria viveu uma contradição ao propor o cerceamento da liberdade e dos direitos àqueles desprovidos da razão (na forma que era entendida pela sociedade) e que não eram capazes de produzir (SILVA, 2003).

A discussão sobre direitos humanos, sociais e políticos, a florada com a Revolução Francesa, da qual Pinel participou ativamente, atualizou o conceito grego de cidadania enquanto possibilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura social e política, em contradição com a construção do conceito de alienação mental. A desrazão significava um impedimento para que o alienado pudesse exercer sua cidadania, ao passo que a internação representava o meio para a cura, ou seja, a recuperação da razão e, conseqüentemente, da liberdade (AMARANTE, 2010b).

Nesse sentido, Amarante (2008a) assegura que a liberdade à qual Philippe Pinel se refere ao desacorrentar os loucos não é o direito de sair do hospício, mas de ter acesso ao tratamento instituído para a alienação, que na época consistia na privação da liberdade enquanto recurso terapêutico para alcançá-la. A obra de Pinel, com a organização da primeira nosografia das enfermidades mentais e a instituição do tratamento moral, representa o mais importante marco para a medicalização do hospital e para a apropriação da loucura pela prática médica. Além disso,

foi responsável pela fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico, definido a partir de então como o espaço específico para a loucura e a prática psiquiátrica (AMARANTE, 2009).

Consolidado esse projeto, o alienista Esquirol desenvolve a nosografia e os pressupostos metodológicos de Pinel, dando continuidade ao alienismo pineliano, que foi amplamente reproduzido em todo o mundo, especialmente após a promulgação da primeira lei de assistência aos alienados. A lei francesa de 30 de junho de 1838 tornou obrigatória a construção de asilos para alienados, instituindo a internação voluntária como forma de evitar as internações arbitrárias, a qual consistia na autorização médica para a internação. Entretanto, o que se observou foi que a maior parte das internações eram, de fato, realizadas por uma autoridade administrativa, sob alegação de periculosidade (PASSOS, 2009).

Um obstáculo para o alienismo foi o desenvolvimento da anatomopatologia e da clínica médica, que consideravam uma contradição o conceito de doença moral por entenderem que a existência de doenças estava condicionada à presença de lesões. Assim, se em um primeiro momento os resultados produzidos para a ‘cura’ dos alienados fortalecem a instituição do tratamento moral, um pouco mais tarde, alguns acontecimentos o enfraquecem, como a descrição das lesões cerebrais da paralisia geral progressiva (por Bayle, 1822), o crescente número de internos nos asilos e a diminuição do contingente de curas registradas (AMARANTE, 2008a).

Nesse sentido, Passos (2009) reafirma que a medicina psicológica, até então de predomínio pineliano, baseada em interpretações médico-filosóficas da loucura, com a crença na cura e no tratamento moral, foi se transformando no final do século XIX com o sucesso de teses mecanicistas. Dentre elas, estão as teorias da não-curabilidade, da biotipologia das doenças mentais e a teoria da degenerescência (ou das degenerações) de Morel, que aponta uma relação de interdependência entre o físico e o moral enquanto fatores etiológicos das degenerações que levam à alienação, transmitidas e agravadas hereditariamente.

Para Amarante (2008a), se o achado de Bayle reduz a importância da determinação moral como causa das alienações, potencializado pelo insucesso do tratamento alienista nos asilos superlotados, a doutrina de Morel acaba ressignificando o tratamento moral, uma vez que defende que a influência moral ocorre no padrão genético do ser humano, sendo a degenerescência a causa primeira da alienação e a lesão física uma consequência.

O autor supra mencionado afirma que, a partir de tais princípios, o tratamento moral assume um caráter mais amplo, na ideia de universalizá-lo enquanto profilaxia preservadora, com

a finalidade de modificar as condições físicas, intelectuais e morais dos indivíduos que compõem a sociedade, em uma vinculação da alienação mental à medicina geral. Morel defende, então, que sejam interrompidas as linhagens degeneradas (eugenia) e consolida a noção de prevenção da alienação no meio social e político. Kahlbaun opera a transição entre Morel e Kraepelin, ultrapassando sua nosologia ao considerar ainda fatores como curso, sintomas, causas e idade.

Com a evolução das discussões, e partindo de Kahlbaun, Kraepelin sistematiza uma nosologia que substitui suas antecedentes no final do século XIX, destacando-se por considerar vários aspectos relativos à doença, como a etiologia, a predisposição, a evolução, os sintomas e o prognóstico, permitindo pensar as doenças como um conjunto de aspectos. Ele introduz ainda a noção de anormalidade, que substitui a concepção de doença mental no século XX. A partir de então, a psiquiatria se apropria de tudo aquilo que não é considerado normal, desde as personalidades psicopáticas até os criminosos (AMARANTE, 2008a).

Ao tempo em que ocorriam essas transformações na psiquiatria, no segundo pós-guerra, há uma progressiva degeneração dos asilos em consequência ao estado de abandono dos doentes em hospitais superlotados, além da violência institucional demarcada pela clausura e por técnicas como o eletrochoque e as lobotomias. Escândalos como a descoberta de que, no período de ocupação nazista, mais de 40 mil doentes mentais morreram de fome, de doenças ou frio nos hospitais psiquiátricos franceses, contribuíram para lançar as bases das mudanças que estavam por vir (PASSOS, 2009).

Diante do histórico contexto desumano da assistência aos pacientes em sofrimento psíquico, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial, a prática dos manicômios provocou uma comoção da sociedade, surgindo a necessidade de transformar o modelo assistencial em saúde mental (AMARANTE, 2009).

Conforme ressalta Desviat (2008), o momento de reconstrução social pós-guerra foi marcado por um maior desenvolvimento dos movimentos civis e por uma maior tolerância com as minorias, o que voltou o olhar da sociedade para os hospitais psiquiátricos, com a percepção de que ele deveria ser modificado ou abolido, dada a sua natureza de segregação, exclusão e violência, semelhante aos campos de concentração.

As críticas ao isolamento e ao autoritarismo do hospital psiquiátrico, assim como as denúncias de violência contra os internos, acabam consolidando o primeiro modelo de reforma ao alienismo pineliano, o das colônias de alienados, com a proposta de restituição da razão através

da liberdade, em um regime menos restrito. Na prática, as colônias reforçam a importância da psiquiatria, minimizando as críticas ao hospício tradicional (AMARANTE, 2009).

Amarante (2010b) acrescenta que essas instituições eram construídas em áreas agrícolas, onde os alienados viviam com pessoas responsáveis por cuidar deles, os nutrícios, e eram submetidos ao chamado trabalho terapêutico. Entretanto, o que era para ser uma aldeia de pessoas livres, acabou incorporando as características do asilo, não alcançando mudanças no modelo hospitalar instituído.

Surgem ainda outras experiências de reforma que questionam o papel e a natureza do asilo e do saber psiquiátrico, impulsionadas pelo objetivo de renovar a capacidade de tratamento da psiquiatria e mudar suas funções de controle social e coação. Para definir todos esses processos reformistas, Rotelli e colaboradores (2001) propõem a expressão *psiquiatria reformada*.

Dentre esses movimentos, abordaremos a organização didática descrita por Amarante (2010b), que destaca, em um primeiro grupo, as experiências que objetivaram introduzir mudanças no âmbito da instituição, sendo elas a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional. Já a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva defendiam a construção de serviços extra-hospitalares que qualificassem o cuidado e diminuíssem a necessidade do hospital psiquiátrico. Além dos movimentos da citada psiquiatria reformada, dois outros merecem destaque, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, por colocarem em discussão o modelo científico da psiquiatria e suas instituições.

De acordo com Amarante (2009), a experiência inglesa de Comunidade Terapêutica caracterizou um conjunto de reformas institucionais, restritas ao hospital psiquiátrico, com a adoção de medidas administrativas, participativas e coletivas que tinham por objetivo uma mudança na estrutura asilar. Essa experiência chama atenção para as péssimas condições em que viviam as pessoas institucionalizadas nos hospitais psiquiátricos, propondo o trabalho como meio de socialização dos internos, além dos grupos de atividades e discussões, com envolvimento dos sujeitos em sua própria terapia e na dos outros, em uma perspectiva de desarticular a verticalidade da estrutura hospitalar.

A Psicoterapia Institucional, para Desviat (2008), é a principal tentativa de recuperar o manicômio, com o intuito de organizar o hospital enquanto um campo de relações significantes. O movimento francês, que se apoiou na psicanálise, considerava que a instituição em seu conjunto, incluindo funcionários e pacientes, carecia de mudanças.

Ao considerar que o hospital havia perdido sua função terapêutica, a Psicoterapia Institucional busca resgatá-la através do trabalho terapêutico, da noção de acolhimento e da aceitação de referenciais teóricos de várias correntes conceituais. Diferentemente da Comunidade Terapêutica, propõe a transversalidade, problematizando as hierarquias e hegemonias (AMARANTE, 2010b).

Amarante acrescenta que a Psiquiatria de Setor, por sua vez, vislumbrada na segunda metade do século XX, também na França, introduz a noção de regionalização, dividindo o hospital psiquiátrico em áreas correspondentes a setores geográficos na comunidade, o que possibilitou certa adequação cultural entre os internos de uma mesma região. Essa proposta permitia ainda, após a alta, a continuidade do tratamento na comunidade pela mesma equipe que atendia o indivíduo no hospital, o que ocorria nos chamados Centros de Saúde Mental (CSM).

Essa doutrina preconizava que a ação da psiquiatria deveria questionar a internação hospitalar enquanto recurso terapêutico, propondo o cuidado em saúde mental com intervenção no social, com ações de prevenção, cura e reabilitação, em uma proposta contrária ao modelo hospitalocêntrico. A Psiquiatria de Setor objetivou a redução da aplicação de recursos mais antigos, como a eletroconvulsoterapia, a lobotomia e o cárcere, introduzindo atividades extra-hospitalares de recreação, cultura e esportes, e aumentando o número de altas. Contudo, seus resultados não foram tão positivos, posto que houve um considerável aumento de reinternações, com o frequente aparecimento de efeitos secundários ao uso prolongado de medicamentos, além da baixa eficácia no tocante à prevenção (PASSOS, 2009).

Já a Psiquiatria Preventiva, desenvolvida nos Estados Unidos, surgiu no contexto histórico que sucedeu a guerra do Vietnã, produzindo uma perspectiva de salvação para um país que enfrentava graves problemas sociais e políticos. Caplan, seu principal expoente, acreditava que todas as doenças mentais, entendidas como desordens, poderiam ser prevenidas caso fossem detectadas precocemente. Ao defender que pessoas suspeitas de terem uma ‘desordem’ mental deveriam ser encaminhadas a um psiquiatra, seja voluntaria ou involuntariamente, essa corrente deflagrou uma busca exagerada a todo tipo de suspeitos (AMARANTE, 2010b).

Sobre essa experiência, Amarante (2010b) afirma que ela evidenciou o conceito de crise a sob uma visão sociológica, construída a partir das noções de adaptação e desadaptação social, e resultando em estratégias de trabalho de base comunitária, onde a equipe identificava e intervinha nas crises individuais, familiares e sociais. Além disso, a Psiquiatria Preventiva ampliou os

serviços extra-hospitalares e introduziu o conceito de desinstitucionalização, compreendida como a redução da internação de pacientes nos hospitais psiquiátricos e o aumento das altas hospitalares, isto é, representando uma desospitalização.

Para Amarante (2008a), esse processo deveu-se à necessidade de avanço do Capitalismo e à reestruturação do Estado para alcançá-la, não sendo a desinstitucionalização dos doentes mentais suficiente para mudar a lógica da psiquiatria tradicional, dada sua natureza restrita, o que culminou na reprodução da cultura manicomial em uma rede difusa de serviços.

A Antipsiquiatria, por sua vez, situa-se fora do âmbito das reformas, dado o caráter de sua atuação, constituindo uma das primeiras experiências de ruptura paradigmática na psiquiatria. Por algum tempo, foi vista como um conjunto de movimentos de contestação, entretanto, representou uma corrente contracultural que questionou não apenas a instituição psiquiatria, mas também a própria doença mental e a psiquiatria em si. Essa experiência, que ocorreu na Inglaterra, desconstruiu os limites entre a razão e a loucura na consciência da época, evidenciando a importância das contradições sociais na produção da doença mental (DESVIAT, 2008).

A corrente teórica e política da Antipsiquiatria almejou, portanto, a compreensão de que não existia a doença enquanto objeto natural como a psiquiatria considera, mas uma experiência do sujeito em suas relações com a sociedade. Dessa forma, caberia ao terapeuta auxiliar o sujeito na vivência e na superação desse processo, buscando inclusive a desinstitucionalização, que passa a distanciar-se da noção norte-americana para assumir uma concepção mais complexa (AMARANTE, 2010b).

Por fim, a Psiquiatria Democrática italiana consiste em um movimento político, constituído formalmente em 1973, que nasceu de um conjunto anterior de reformulações conceituais e práticas a partir das experiências de Franco Basaglia, seu protagonista. O núcleo do movimento militante foi formado por jovens profissionais que se unem à Basaglia, com a finalidade de ampliar suas bases sociais para que a reforma na tradição basagliana se consolidasse (PASSOS, 2009).

Para denominar o complexo processo de renovação do modelo psiquiátrico, que busca transformar sua função de segregação através da desinstitucionalização, e vai além do movimento da Psiquiatria Democrática, tem sido utilizado o termo Reforma Psiquiátrica, considerado contraditório por alguns autores, como Amarante, por não definir o que está sendo reformado.

Por esse motivo, tem sido adotada a expressão Psiquiatria da Desinstitucionalização, que compreende as mudanças no campo do saber e das instituições (AMARANTE, 2008a).

A mais relevante experiência de transformação da assistência psiquiátrica nesse sentido começou na década de 60, mais precisamente em 1961, quando Basaglia assumiu a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia, principal pólo das novas críticas ao modelo vigente. Ele pôs em discussão a função da instituição psiquiátrica, mas também o papel dos técnicos e da própria psiquiatria, inicialmente influenciado por correntes como a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional (PASSOS, 2009).

Porém, Basaglia segue essas correntes como estratégias temporárias de desconstrução do aparato manicomial, passando a formular uma prática voltada para a superação do manicômio não apenas enquanto estrutura física, mas compreendido como um conjunto de saberes e ações que justificam a existência de uma instituição de isolamento e “patologização da experiência humana”. Diferentemente de outras reformas já ocorridas, almeja-se desconstruir o hospitalocentrismo, transformando o poder e o saber psiquiátricos (AMARANTE, 2010b, p.56).

Esse processo teve uma experiência principal na cidade de Trieste, produzindo resultados positivos na substituição do manicômio por serviços setoriais de saúde mental, na perspectiva de substituir a lógica manicomial com a criação de um sistema mais eficaz, preocupado com a inclusão ou reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico (ROTELLI, et al., 2001).

O trabalho em Trieste, na década de 70, inicia-se através da desmontagem da estrutura hospitalar, com a construção de novos espaços para lidar com a loucura, através de dispositivos como os CSM, as cooperativas de trabalho e o serviço de emergência, no intuito de produzir novas formas de sociabilidade e subjetividade (AMARANTE, 2009).

Amarante (2010b) informa ainda que vários dispositivos substitutivos foram criados para ocupar o lugar do hospital psiquiátrico na Itália, não atuando paralela ou alternativamente, mas assumindo de maneira integral as questões relativas ao cuidado em saúde mental, a fim de reconstruir o modo da sociedade lidar com a loucura. Além disso, a criação de cooperativas e a construção de residências significaram outras possibilidades de inclusão social.

Na experiência da reforma psiquiátrica italiana, esses serviços de base comunitária são o centro de uma rede de apoio em saúde mental, distanciando-se da tradicional lógica do ambulatório e aproximando-se ao aspecto de uma casa, onde há uma equipe multiprofissional

pouco hierarquizada, que utiliza de vários instrumentos a fim de integrar esses pacientes à cidade e às pessoas (ROTELLI, et al., 2001).

Ao contrário de muitos países da Europa e dos Estados Unidos, onde o processo de desinstitucionalização foi pautado na alta hospitalar e reduzido à desospitalização, o movimento italiano buscou “entender a instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos” (AMARANTE, 2009, p.49).

Para Amarante (2010a), a experiência de transformação institucional proposta por Franco Basaglia é um processo de desconstrução de conceitos e construção de novas concepções no campo do conhecimento, da tecnologia e da ideologia, possibilitando uma ruptura com o saber e a prática psiquiátrica, tanto da psiquiatria tradicional, com o entendimento de ‘alienação’, quanto com a moderna, com seu dispositivo de ‘saúde mental’.

Para a consolidação dessa transformação da psiquiatria, Basaglia propõe que a doença mental seja posta entre parênteses para ser possível a aproximação dos sujeitos em sofrimento psíquico e das experiências vividas por eles, já que o saber psiquiátrico colocou, historicamente, o sujeito entre parênteses, ocupando-se apenas da doença (AMARANTE, 2008b).

Logo, a desinstitucionalização busca um afastamento do paradigma clássico, com a instauração de um novo contexto sobre a loucura, constituindo um processo prático de criação de novas realidades. Assim, a *instituição negada* e a *inventada*, expostas na tradição basagliana, são perspectivas de um processo único que procura inventar novos caminhos de subjetividade para os mesmos sujeitos antes tratados enquanto objetos (AMARANTE, 2008a).

Rotelli e colaboradores (2001) complementam que a desinstitucionalização transformou a instituição psiquiátrica na Itália, desde as relações terapêuticas às concepções e práticas da ação política, sendo, portanto, um processo social contínuo que mobilizou todos os sujeitos, transformando a relação de poder entre pacientes e instituições e produzindo uma rede que substituísse, de fato, o hospital psiquiátrico (ROTELLI, et al., 2001).

Inspirado pelo trabalho e o pensamento basaglianos, o Estado italiano revisa sua constituição aprovando a Lei 180, de 13 de maio de 1978, conhecida como Lei Basaglia, que normatizou o processo desinstitucionalizador. A referida lei proibiu a assistência em hospital psiquiátrico e modificou o entendimento da legislação precedente de que há vínculo entre doença mental e periculosidade, considerando necessária a criação de uma rede de serviços de base

comunitária e, em menor proporção, de hospitais gerais, o que representou um marco na história da psiquiatria (AMARANTE, 2008b).

Passos (2009) complementa que, apesar de algumas contradições com o movimento, como a proposição de internações em hospitais gerais, que tem mostrado o risco da mera medicalização, a Lei Basaglia foi um caminho para garantir a continuidade e o crescimento do processo de desinstitucionalização italiano. A partir daí, uma série de acontecimentos se sucedem, como a aprovação da instituição de pensões para os anciões hospitalizados e a criação da Cooperativa dos Trabalhadores Unidos, formada por trabalhadores e pacientes a fim de prestar serviços ao hospital. O mais importante deles, entretanto, é o fechamento do Hospital Psiquiátrico de Trieste em 1977, com ocupação dos pavilhões por outras instituições, como universidade, escola e cooperativas, e abertura de um parque público.

A principal característica da experiência italiana foi o fato de ter sido construída e expandida a partir de uma desconstrução interna, que se iniciou dentro dos hospitais psiquiátricos para, posteriormente, constituir uma política. Apesar da lei ter sido implementada de modos diferentes entre as regiões do país, todas as experiências buscaram a desmontagem da estrutura psiquiátrica mas também, e antes de tudo, uma mudança cultural, das práticas cotidianas (PASSOS, 2009).

3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A história da psiquiatria no Brasil é caracterizada por um processo de asilamento e medicalização social, só se tornando objeto de intervenção específica do Estado como parte das estratégias de ordenação do crescimento das cidades e populações com a chegada da família real ao país (AMARANTE, 2010a).

Tal acontecimento marcou várias transformações sociais, econômicas e culturais, e deflagrou uma busca por soluções dos problemas gerados pelo intenso crescimento demográfico do Rio de Janeiro, como a marginalização de alguns setores sociais. Assim, a medicina foi inserida no modelo de medicina social do espaço urbano, com controle da circulação dos elementos, como água e ar, além da análise de espaços que pudessem favorecer o surgimento de doenças, quando nasceu a preocupação com a loucura (AMARANTE, 2003).

O debate gerado em torno do lugar social para a loucura culminou na fundação do Hospício de Pedro II em 1852, que logo vira alvo de críticas por parte dos médicos por defenderem sua medicalização, isto é, seu direcionamento pelo poder médico e sua organização pautada por princípios técnicos. Eles argumentavam que só assim a medicina mental teria respeitabilidade, possibilitando que o hospício fosse um lugar de produção e conhecimento (AMARANTE, 2010a).

O autor acrescenta que, com a proclamação da República, o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa, passando a se chamar Hospício Nacional de Alienados, sendo criada também a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde fundada no período republicano. Surgem, ainda, as duas primeiras Colônias para o tratamento de homens alienados indigentes (a Colônia de São Bento e de Conde de Mesquita, ambas no Rio de Janeiro).

Esse modelo assistencial, baseado nas Colônias, representou a primeira experiência de reforma psiquiátrica brasileira. O trabalho terapêutico realizado nesses espaços, já amplamente difundido na Europa, disseminou-se também no Brasil como uma estratégia para fazer desaparecer o delírio e recobrar a razão. Esse projeto, embora ampliado nas décadas de 40 e 50, mostrou-se igual aos asilos tradicionais, não representando mudanças efetivas no modelo assistencial (AMARANTE, 2010b).

Teixeira Brandão, primeiro diretor do Hospício Nacional de Alienados e da Assistência Médico-Legal, tem sua gestão caracterizada pela ampliação dos asilos, além da inserção da psiquiatria enquanto componente curricular para estudantes de medicina. Seu sucessor, Juliano Moreira, prossegue com a criação de asilos e a reorganização dos já existentes, buscando a legitimação jurídico-política da psiquiatria no país. Além disso, vincula a psiquiatria brasileira à corrente biologicista alemã, superando a tendência francesa até então dominante (AMARANTE, 2010a).

Amarante (2010a) explica que, em 1923, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que pregava a qualificação da raça e a prevenção de doenças através do impedimento do casamento ou da esterilização dos doentes, dependentes de drogas e descendentes de africanos ou orientais, em uma atitude anti-liberal e racista. Apesar do seu caráter, a LBHM teve adesão de vários segmentos sociais, como os intelectuais, as forças militares e o clero, posto que apresentava a esperança de uma sociedade sem doenças e sem sofrimentos.

As transformações que se seguem na psiquiatria são marcadas pelo entusiasmo com novas técnicas, como a eletroconvulsoterapia, o choque insulínico e as lobotomias, seguidas pelo advento dos neurolépticos, gerando o conseqüente aumento das internações psiquiátricas e o fortalecimento das estruturas manicomiais. A partir do segundo pós-guerra, com a influência das correntes da psiquiatria reformada, conforme denominou Franco Rotelli, ocorreram no Brasil algumas experiências de reforma, todas elas à margem dos investimentos públicos e constituindo movimentos pontuais (AMARANTE, 2010a).

Passos (2009) assevera que o insucesso dessas experiências brasileiras ocorreu, principalmente, pela forte “indústria privada da loucura” criada no país, com financiamento estatal de hospitais privados, ao contrário do movimento italiano, que entendia a psiquiatria como ação e responsabilidade sanitárias do Estado, o que certamente favoreceu seu processo de desinstitucionalização.

Nessa conjuntura, a loucura passou a ser um objeto de lucro, com a compra de serviços psiquiátricos do setor privado pelo Estado, o que ocasionou um aumento considerável nas internações psiquiátricas. Esse modelo privatizante é responsável, nos anos 80, pela crise da Previdência Social, que leva o Estado a racionalizar o poder privado e reorganizar a assistência pública (AMARANTE, 2010a).

Diante desse contexto da saúde em geral e, principalmente da saúde mental, a proposta de Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil surge em uma conjuntura de redemocratização, mais concretamente no final da década de 70, apontando para a superação do modelo hospitalocêntrico, com vistas à desinstitucionalização e reinserção social do paciente. Essa experiência nasce influenciada pelos movimentos internacionais de reforma do modelo assistencial psiquiátrico, assim como pela visita de Franco Basaglia ao Brasil no fim da década de 70 (AMARANTE, 2009).

Yasui (2010) considera ainda que a Reforma Psiquiátrica nasce a partir da mobilização dos trabalhadores, dentro de um processo mais amplo, o da Reforma Sanitária, que corresponde a um conjunto de princípios e propostas de um processo político emancipatório, pautado no questionamento das relações entre Estado e sociedade e consolidado a partir de vários acontecimentos.

A experiência da RP seguiu princípios e diretrizes que orientaram a Reforma Sanitária, em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. Ao longo do

seu desenvolvimento, esforços foram mais ou menos dirigidos na perspectiva de recuperar esse sentido original, sobretudo no que tange à constituição de uma rede integrada de assistência aos indivíduos em sofrimento (NUNES; JUCÁ E VALENTIM, 2007).

Um fato importante para o início do movimento pela RP ocorreu em 1978, quando os profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), revoltados com as condições de trabalho e da assistência nos hospitais psiquiátricos, deflagram uma greve que culmina na demissão de 260 estagiários e profissionais, e marca o nascimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009).

Esse movimento protagoniza as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica no país, caracterizada inicialmente pelas denúncias ao modelo vigente e pela criação de alternativas baseadas na desospitalização. Posteriormente, assume a crítica ao saber psiquiátrico, dando início à atual concepção de reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2008a).

Amarante (2009) comenta que as principais reivindicações e denúncias realizadas pelo MTSM contemplam aspectos salariais, de formação de recursos humanos, condições de trabalho e, em especial, do modelo médico-assistencial e da relação entre as instituições, pacientes e profissionais, caracterizada pelo autoritarismo e pela verticalidade.

A partir de então, acontecimentos importantes fortaleceram o ideal da Reforma, a exemplo da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), desdobramento das discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, assim como a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru em 1987, que defendeu a extinção dos manicômios. Foi escolhido então o dia 18 de maio como data de comemoração do movimento, nomeado como Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), cujo lema era “Por uma sociedade sem manicômios” (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009).

O MLA procurou manter sua existência enquanto movimento sem de tornar uma instituição, existindo concretamente na prática dos profissionais, usuários e familiares e como utopia ativa, com ideais transformadores. Esse dispositivo social representa, talvez, a face mais politicamente ativa da RP (YASUI, 2010).

Neste período, a experiência do município de Santos - SP passa a ser um marco na Reforma Psiquiátrica brasileira, pois representa a primeira demonstração prática de que esse processo era possível. Em 1989, a Secretaria de Saúde de Santos deflagra um processo de

intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico reconhecido pelos casos de maus-tratos e óbitos dos internos, evidenciando a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são criadas no município cooperativas, associações e residências para os egressos do hospital, além da implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionamento 24 horas (BRASIL, 2005).

Os NAPS atendiam integralmente à demanda de saúde mental de cada região, principalmente dos casos graves, realizando ações de hospitalidade integral, atendimentos às crises; atendimentos ambulatoriais, domiciliares e grupais, assim como intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial. Surgiram ainda o Centro de Convivência Tam-Tam, que promovia ações culturais e artísticas e dirigia a rádio Tam-Tam; a República, que acolhia os usuários graves, ex-internos de longa permanência sem vínculos familiares, da Casa de Saúde Anchieta e o Núcleo de Atenção aos Toxicodependentes, responsável pelo atendimento de usuários dependentes de drogas. Finalmente, dentro dessa rede de saúde mental, o serviço de urgência nos Prontos Socorros Municipais dava retaguarda ao sistema como um todo (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Em 1989, foi constituído o projeto de lei nº 3.657, conhecido como Lei Paulo Delgado, que versa sobre o redirecionamento dos investimentos para dispositivos alternativos ao manicômio e torna obrigatória a comunicação oficial de internações involuntárias, vislumbrando a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais.

Após 12 anos de tramitação, foi sancionada em 06 de abril de 2001 a lei 10.216, chamada lei da Reforma Psiquiátrica, dispondo sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e estabelecendo que os tratamentos psiquiátricos devam ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários. Seu texto final foi um substitutivo ao projeto original, propondo a manutenção e reorganização da estrutura hospitalar ao invés da extinção dos hospitais psiquiátricos existentes (AMARANTE, 2009).

Observa-se que o processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem desenvolvido um conjunto de discussões e ações responsáveis por um novo cenário político, inspirado em outras experiências anteriores, mas que criou um amplo processo de participação social, peculiar ao movimento nesse país (AMARANTE, 2010b).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica se constitui enquanto um processo histórico, de formulação crítica e prática, com o objetivo de definir estratégias, discutir e elaborar propostas de transformação do modelo tradicional de assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2009).

Conforme expõe Amarante (2010b), a RP, enquanto processo social complexo, é constituída por dimensões distintas, porém complementares, que produzem contradições e consensos, em um processo contínuo de mudanças. A primeira dimensão referida pelo autor é a teórico-conceitual, ou epistêmica, que envolve a reflexão sobre o saber científico e, em especial, o da psiquiatria, antes baseada no pressuposto de que a verdade podia ser totalmente apreendida através da ciência.

Yasui (2010) ressalta que a RP desvenda uma ruptura com o olhar tradicional da psiquiatria sobre a loucura e, na dimensão epistemológica, propõe transformações no modo de ver e também no objeto, produzindo novos conceitos para novos problemas.

Apesar de ser pouco abordada, essa dimensão é talvez a mais importante, por trazer reflexões como os processos que definem o que é ciência, seus limites e as relações entre o saber e o poder, discussões que deveriam permear a formação dos trabalhadores em saúde mental para ampliar suas concepções sobre a experiência humana e, conseqüentemente, favorecer uma prática transformadora (AMARANTE, 2008b).

Na dimensão técnico-assistencial, Amarante (2008b) afirma que é imprescindível refletir sobre o saber psiquiátrico e sua produção teórica para que seja possível construir uma prática diferente, com atuação nos territórios, através de redes não apenas de saúde mental, mas redes de saúde acima de tudo, com recursos políticos e sociais.

Essa dimensão, intimamente ligada à teórico-conceitual, refere-se às mudanças propostas pela RP na produção do cuidado, que devem representar uma ruptura com o modelo assistencial hegemônico ao considerar o sofrimento humano em sua complexidade, e não mais como o objeto da doença mental (YASUI, 2010).

Amarante (2010b) complementa que a transformação do modelo assistencial deve ampliar a noção de integralidade, com serviços que atuem enquanto dispositivos estratégicos, como espaço de acolhimento, cuidado e trocas sociais, e não como lugares de exclusão, controle e repressão.

O movimento da RP, cuja proposta maior é a da desinstitucionalização, traz um aspecto importante e inovador em relação às experiências anteriores, que é a proposta de revisão jurídico-

normativa, visando a recuperação dos direitos dos indivíduos no exercício da cidadania, o que se expandiu por vários países como o ideário de uma verdadeira reforma (AMARANTE, 2009).

Assim, na dimensão jurídico-política, situam-se vários desafios na luta pela inclusão dos indivíduos enquanto sujeitos de direito e na garantia dos direitos desses sujeitos. Esse processo, entretanto, não se reduz ao campo legislativo, mas refere-se a um processo de mudanças nas atitudes e nas relações sociais, buscando ressignificar o ideário social em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento (AMARANTE, 2010b).

Yasui (2010) propõe renomear a dimensão jurídico-política como dimensão política, para enfatizar os conflitos existentes nas relações entre sociedade e Estado nesse processo de mudança do lugar social da loucura, destacando que essa dimensão refere-se a uma luta política para uma transformação social.

Dentro dessa conjuntura, a Reforma Psiquiátrica constitui um processo social, pois não se restringe à saúde mental, mas implica outras áreas da saúde e de outros segmentos da sociedade dentro de uma dimensão sócio-cultural, buscando romper com o modelo hegemônico asilar e construir um novo paradigma através do envolvimento da sociedade (AMARANTE, 2009).

Logo, a dimensão sócio-cultural tem por princípio essencial a participação social e política de todos os atores envolvidos com a RP, aproximando a sociedade dessa discussão e provocando-a a refletir sobre a loucura e seu lugar social, por meio da produção cultural e artística dos sujeitos que participam desse processo. A construção desse lugar para a loucura só é possível a partir de uma transformação social e é por esse motivo que o movimento, dada a sua complexidade, diversidade e abrangência, não pode ser confundido com uma mera mudança nas instituições, constituindo, principalmente, um processo civilizador (YASUI, 2010).

Vale ressaltar que é necessário que os gestores rompam com um modelo administrativo centrado em práticas antigas e assumam um projeto de governo autônomo, porém, é imprescindível o envolvimento dos trabalhadores, usuários, familiares e os diversos segmentos da sociedade, no entendimento de que a implantação e a consolidação das diretrizes e das propostas da RP pressupõem uma construção coletiva (LUZIO; L'ABBATE, 2009).

Yasui (2010) acrescenta que o maior desafio desse processo para os atores nele envolvidos é, além da negação ao manicômio, produzir espaços de encontro para a problematização e formulação de novas questões, buscando a ruptura com o olhar da psiquiatria tradicional para a experiência humana da loucura.

Para essa ruptura, é necessário criar instituições que sejam capazes de dar respostas às necessidades ao intervir na realidade, reconquistando os espaços de construção do corpo social. Essas estruturas devem constituir serviços não apenas de saúde mental, mas de saúde e de outros processos políticos, sociais, entre outros (AMARANTE, 2008b).

Hirdes (2009) destaca que, para consolidar o projeto de recusa do modelo sintomático em benefício da construção de uma clínica ampliada, deslocando o foco da doença para a pessoa em sofrimento, é imprescindível que novos espaços de cuidado sejam criados em defesa da cidadania e da reinserção social, trabalhando com projetos terapêuticos e, antes de tudo, projetos de vida para essas pessoas.

Na saúde mental e atenção psicossocial, busca-se a construção de uma rede de serviços que possibilitem o acolhimento e que se responsabilizem pelas pessoas cuidadas, com alta capacidade de atuação territorial, em uma relação com os vários recursos existentes na comunidade. Assim, as estruturas extra-hospitalares, sanitárias e sociais, devem assistir aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos e prevenir futuras internações, respondendo às necessidades de saúde mental de uma população determinada através de uma estrutura flexível, sem burocracia, com foco nas pessoas e não nas doenças (AMARANTE, 2010b).

O autor ressalta que vários dispositivos foram instituídos pelas portarias 189/91 e 224/92 do MS, como o hospital-dia, as oficinas terapêuticas e os CAPS. Estes devem ter uma equipe multiprofissional com atuação no território, em parceria com vários setores da sociedade para a definição de estratégias criativas que favoreçam a sociabilidade dos indivíduos em sofrimento psíquico, ou seja, os CAPS devem trabalhar sob a lógica da intersetorialidade, a fim de encontrar na sociedade novos recursos para o cuidado.

O período entre o final da década de 80/início dos anos 90 é marcado pela emergência de uma série de experiências de serviços substitutivos, objetivando responder à complexificação do objeto, que deixa de ser o doente mental e passa a ser o sujeito em sofrimento em relação ao corpo social (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

O Centro de Atenção Psicossocial é, portanto, o principal instrumento de implementação da política de saúde mental, devendo ser compreendido como uma estratégia de transição, produzindo cuidados no serviço, mas, principalmente, expandindo-os para o território, onde ocorre de fato a reinserção social para transformação da vida das pessoas em sofrimento mental (YASUI, 2010).

Dessa forma, a expansão do número de CAPS tem sido uma das principais estratégias da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde - MS. Segundo esta instituição, no final da década de 1980, havia dez CAPS no Brasil. Em 2001, ano da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, esse número subiu para 295, com 500 CAPS em 2003 e 1010 em 2006. Atualmente, o Brasil possui 1650 CAPS que confirmam a importância da ampliação da rede de saúde mental. Vale salientar ainda que a região nordeste passou de uma cobertura considerada insuficiente em 2002 para uma cobertura muito boa desde 2009. No ano de 2011, o estado da Paraíba apresentou a maior cobertura entre todos os estados, sendo esta de 1,23 CAPS por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011c).

Em João Pessoa, sua cobertura também é considerada “muito boa”, sendo igual a 1,79 CAPS/100000 habitantes, segundo o censo realizado pelo IBGE em 2010, que identificou uma população de 716.042 habitantes no município, dado que o município conta com 4 CAPS municipais (IBGE, 2012).

A tabela 01 mostra a distribuição dos CAPS por Macrorregião e Gerência Regional na Paraíba:

Tabela 01 - Distribuição dos CAPS por Macrorregião e Gerência Regional na Paraíba

MACRORREGIÃO	GERÊNCIA REGIONAL	QUANTIDADE DE CAPS
I	1ª	15
	2ª	09
	12ª	03
II	3ª	18
	4ª	01
	5ª	02
III	6ª	04
	7ª	06
	11ª	01
IV	8ª	02
	9ª	03
	10ª	04
TOTAL		68

Fonte: SES, 2011

Os CAPS são classificados em cinco tipos diferentes, de acordo com sua clientela, a população e o horário de funcionamento, devendo ser compostos por equipes multiprofissionais, que contam com psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, além de outros profissionais do campo da saúde. O CAPS I dá cobertura a cidades de pequeno porte, de 20.000 a 70.000 habitantes, atendendo, durante o dia, pessoas em sofrimento psíquico e com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas; o CAPS II é um serviço para cidades de médio porte (de 70.000 a 200.000 habitantes) e atende clientela adulta durante o dia; o CAPS III é um serviço que atende indivíduos adultos em sofrimento psíquico, funcionando 24h por dia; já o CAPS ad é destinado ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Existe ainda o CAPS i, que acompanha crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e usuá rias de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

Segundo o Ministério da Saúde, o tipo de CAPS que mais aumentou, em números, nos últimos anos foi o CAPS ad, destinado à atenção a usuários de álcool e outras drogas, seguido dos CAPS tipo I, o que indica que esse serviço tem se capilarizado pelas cidades de pequeno porte. Entretanto, a expansão dos CAPS III ficou aquém do esperado para o período.

A tabela 02 apresenta a distribuição dos CAPS no município de João Pessoa quanto ao tipo e a esfera de governo responsável (BRASIL, 2010b).

Tabela 02 - Caracterização dos CAPS do município de João Pessoa - PB

TIPO	ESFERA DE GOVERNO	QUANTIDADE DE CAPS
CAPS III	MUNICÍPIO	02
CAPSi	MUNICÍPIO	01
CAPSad III	MUNICÍPIO	01
CAPSad III	ESTADO	01
TOTAL		05

Fonte: SES, 2013

Dentre as estratégias de apoio psicossocial para os pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, estão as ações voltadas para a residencialidade. O processo de institucionalização que os oprimiu durante o tempo em que estiveram internos dificulta sua vida independente, sem ajuda de terceiros, além da perda de contato e/ou vínculo com suas famílias. Por esse motivo,

foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são residências assistidas ou supervisionadas conforme o grau de autonomia e independência de seus moradores, com realização das atividades terapêuticas, preferencialmente, nos recursos sanitários existentes no território (AMARANTE, 2010b).

O autor destaca ainda que as residências, apesar de denominadas serviços terapêuticos, o que remete ao risco de institucionalização desse dispositivo, tem contribuído para a superação do modelo asilar hegemônico, devendo buscar a caracterização de um casa, sem repetições ou padronizações. Além disso, observa-se que essa política só se aplica aos egressos de instituições psiquiátricas (aqueles que ficaram por mais de dois anos), fazendo-se necessária sua ampliação para todos aqueles com dificuldade de moradia e convívio familiar, evitando assim o processo de cronificação institucional dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Apesar da expansão das Residências Terapêuticas ter sido uma das prioridades do processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos nos últimos anos, sua cobertura ainda é baixa no país. Tal fato pode se dever a dificuldades políticas e técnicas dos processos de desinstitucionalização, à resistência da população ao processo de reintegração desses pacientes, além da baixa articulação entre o programa e as políticas habitacionais (BRASIL, 2011b).

No Brasil, em 2002, havia 85 residências terapêuticas, aumentando para 596 até julho de 2011. Quanto ao número de residências terapêuticas na Paraíba, até maio de 2010, existiam 16 em funcionamento e 4 em fase de implantação, com um total de 103 moradores, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b).

Além desse dispositivo, o Programa de Volta para Casa, que estabeleceu em 2003 o auxílio-reabilitação para egressos de longas internações psiquiátricas, através da Lei 10.708/03, também se mostrou importante para o processo de desinstitucionalização. Entretanto, apesar dos avanços dos últimos anos, o programa ainda apresenta um baixo número de usuários, já que somente 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar recebe o benefício. Outra experiência no processo de desinstitucionalização no Brasil é a criação de Centro de Convivência e cultura, partindo do pressuposto de integração social dos cidadãos, com espaços para fomentar redes sociais solidárias e incentivar a diversidade social e cultural (AMARANTE, 2010b).

Os Centros de Convivência e Cultura são espaços fundamentais para a consolidação do processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental e constituem importantes

equipamentos intersetoriais de inclusão social, apesar de pouco difundidos no país atualmente. No levantamento mais recente divulgado pelo MS, realizado em 2008, verificou-se que havia apenas 51 Centros no Brasil, dos quais 19 (37%) encontram-se na cidade de São Paulo, com apenas 1 Centro de Convivência e Cultura na Paraíba, localizado na cidade de Campina Grande (BRASIL, 2010b).

Os serviços substitutivos do estado da Paraíba e do município de João Pessoa são apresentados nas tabelas 03 e 04, respectivamente, onde: **CAPS**= Centro de Atenção Psicossocial, **CC** = Centro de Convivência, **PA** = Pronto-atendimento, **PVC** = Programa de Volta pra Casa e **SRT** = Serviço de Residência Terapêutica.

Tabela 03 - Distribuição dos serviços substitutivos por Macrorregião e Gerência Regional na Paraíba

MACRORREGIÃO	GERÊNCIA REGIONAL	CAPS	SRT	PVC	PA	CC
I	1ª	15	01	02	02	-
	2ª	09	-	-	-	-
	12ª	03	-	-	-	-
II	3ª	18	09	72	01	01
	4ª	01	-	01	-	-
	5ª	02	-	-	-	-
III	6ª	04	-	-	-	-
	7ª	06	04	06	-	-
	11ª	01	-	-	-	-
IV	8ª	02	-	-	-	-
	9ª	03	-	-	-	-
	10ª	04	01	-	-	-
TOTAL		68	16	81	03	01

Fonte: SES, 2011

Tabela 04 - Distribuição dos serviços substitutivos em João Pessoa – PB

SERVIÇO	QUANTIDADE
CAPS	05
CC	-
PA	02
PVC	02
SRT	01

Fonte: SES, 2011

Dentre todos os dispositivos substitutivos, Amarante (2010b) afirma que os CAPS são extremamente importantes por seu potencial de atuação no território, através da articulação com os mais diversos recursos e equipamentos disponíveis na comunidade, dispondo para isso de várias categorias profissionais da saúde, mas extrapolando esses núcleos de saberes para alcançar outros setores da sociedade.

3.3 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como base uma equipe multiprofissional que atua a partir da adscrição e territorialização da população atendida, possibilitando continuidade da atenção e constituição de vínculo. Trata-se da principal estratégia adotada atualmente pelo MS para investir na reorganização do processo de trabalho na atenção básica, bem como de todo o modelo assistencial, inclusive o psiquiátrico (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Nesse sentido, esses autores apontam que a Atenção Básica se constitui em um espaço privilegiado de intervenção, mostrando-se como uma estratégia significativa para traçar ações focadas no território e essencial para garantir o acesso e o acompanhamento aos indivíduos com sofrimento psíquico.

De acordo com o MS, a ESF se constitui como principal dispositivo de atuação da atenção básica, tendo como principais características a atuação no território através do diagnóstico situacional, o enfrentamento dos problemas de saúde, individuais e comunitários, e o trabalho articulado com outras instituições e organizações sociais, a fim de configurar um espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2006).

Dessa maneira, a ESF, enquanto principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, deve assumir a mesma posição referente à saúde mental, oferecendo serviços pautados na resolutividade, integralidade, intersetorialidade e participação popular (JUNQUEIRA; PILLON, 2011).

Dada a capilaridade territorial do trabalho das equipes da ESF, ela representa uma importante ferramenta para a Reforma Psiquiátrica, através da promoção de modelos substitutivos de base comunitária, vinculando a saúde mental às estratégias de Atenção Primária em Saúde. Em muitos casos, essa equipe pode reconhecer e intervir precocemente nas

necessidades de saúde dos indivíduos, reduzir agravos e evitar possíveis internações psiquiátricas (VECHIA, 2006).

Binotto (2012) acrescenta que a interface entre a Saúde da Família e a Saúde Mental representa um importante instrumento para a integralidade do cuidado, sendo a ESF imprescindível para trabalhar a saúde mental na comunidade, pois, através de seus fundamentos, pode identificar as principais dificuldades e fatores estressores no ambiente familiar e comunitário, além de propiciar um seguimento mais próximo do usuário e do território onde está inserido.

Segundo Dimenstein (2009), “o ato de cuidar implica em compreender a saúde de maneira global, intrincada ao modo de vida das pessoas” e, sendo assim, fazem-se necessários novos modos de tratar o sujeito em sofrimento psíquico. A saúde mental, igualmente, deve ser compreendida nessa perspectiva: a de um campo de atuação prioritário para as equipes da ESF, capaz de intervir no espaço social da comunidade, agregando parceiros de diversos segmentos institucionais e sociais. É imprescindível que, na atenção aos indivíduos em sofrimento psíquico, seja priorizado o estabelecimento de vínculo com os mesmos, com ações direcionadas aos contextos familiar e cultural, intervindo nos fatores de risco aos quais eles estão expostos.

Por essas razões, esses autores acrescentam que é necessário potencializar a articulação dos serviços da rede de saúde mental para que as equipes dos CAPS se desloquem de espaços tradicionalmente institucionalizados e realizem um trabalho em conjunto as equipes de Saúde da Família.

Assim, as políticas públicas devem oferecer condições para a desinstitucionalização através da organização de equipes multiprofissionais para o cuidado em saúde mental. A ESF é, então, essencial enquanto recurso sanitário do território, com a finalidade de acompanhar todas as pessoas existentes no mesmo, incluindo aquelas em sofrimento psíquico, historicamente assistidas em outros espaços (AMARANTE, 2010b).

O mesmo autor afirma que a ESF representa uma possibilidade de inverter o modelo centrado na doença para fortalecer a promoção da saúde e a defesa da vida, contribuindo para a transformação do modelo asilar vigente a partir da ‘desmedicalização’, aqui entendida enquanto redução dos encaminhamentos a níveis mais ‘complexos’ de tratamento, além de um meio de evitar a apropriação, pela medicina, do que não é predominantemente médico.

Machado e Mocinho (2003) asseveram que as ações que podem ser desenvolvidas na ESF são as mais diversas, pois elas são desenvolvidas no território, com a participação e protagonismo dos cidadãos implicados, de forma descentralizada. Coimbra (2007) acrescenta que, como a família é fundamental para a recuperação do indivíduo em sofrimento psíquico, e é para esse núcleo que ele retorna quando não está sendo acompanhado no serviço, cabe à ESF reconhecer que a família também precisa ser apoiada, reorientando sua atuação nesse sentido, para o bom desenvolvimento do cuidado em saúde mental (COIMBRA, 2007).

Para Tanaka e Ribeiro (2009), a ESF pode detectar as situações de sofrimento psíquico, através de uma escuta qualificada e do seu conhecimento da comunidade, e prover tratamento na própria Atenção Básica, encaminhando os pacientes para serviços especializados quando necessário.

Entretanto, ao contrário de outras ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF em outras áreas de atuação, observa-se que a assistência em saúde mental ainda não é muito presente na prática diária das equipes de Saúde da Família, observando-se ainda uma desarticulação entre os níveis de atenção no SUS, privilegiando os serviços de média e alta complexidades em detrimento das ações na atenção básica (JUNQUEIRA; PILLON, 2011).

Em seu estudo, Silveira e Vieira (2009) identificaram a fragilidade dos profissionais da ESF em lidar com o sofrimento psíquico e suas necessidades subjetivas, com uma tendência à medicalização dos sintomas e dificuldade de estabelecer de fato a referência e contrarreferência. Pontuam ainda a carência de planejamento das ações voltadas para a atenção em saúde mental na unidade estudada, deixando os usuários em sofrimento psíquico à margem da rotina assistencial dos profissionais.

A histórica segregação dos indivíduos em sofrimento psíquico, herdada dos hospitais psiquiátricos, tem estabelecido uma cultura de que a ESF acompanha a sua população adscrita, com exceção ao que diz respeito à saúde mental, indo de encontro à discussão sobre a integralidade da atenção à saúde e resultando em muitos encaminhamentos aos CAPS e hospitais, sendo estes últimos os lugares socialmente reconhecidos para lidar com essas necessidades de saúde (LUCHESE; et al, 2009).

Para Amarante e Pande (2011), as instituições psiquiátricas tradicionais, baseadas na lógica de tutela, de hierarquia e distanciamento da sociedade, ocasionam um processo de cronificação dos pacientes, muito mais devido à institucionalização do que à suposta natureza da

doença mental. Por esse motivo, os novos serviços devem estar vigilantes para que não produzam novas formas de cronificação e manicomialização.

Os autores acrescentam que todos os novos dispositivos foram criados com o propósito de substituir o hospital psiquiátrico, proporcionando uma abordagem diferente ao sofrimento psíquico, entretanto, acabaram constituindo apenas uma alternativa ao mesmo, visto que coexistem com os manicômios.

Nesse sentido, Desviat (2008) afirma que as novas instituições não aboliram a cronicidade, mas apenas as formas de sedimentação asilar, produzindo novas cronicidades em estruturas alternativas, a partir de uma atuação ritualizada, mesmo em seus programas mais comunitários, como as visitas domiciliares.

Junqueira e Pillon (2011) ressaltam outra dificuldade, além do acompanhamento: a de identificar certas demandas de saúde mental nas áreas de abrangência das USF, tornando a realidade de saúde mental na atenção primária no Brasil desconhecida. Observam, nesse sentido, que os indicadores disponíveis nos sistemas de informação a saúde ainda são escassos, quantificando as internações em hospitais psiquiátricos ou os atendimentos nos CAPS.

Vale destacar que, apenas em 2011, com a proposta da nova Política Nacional de Atenção Básica, surge como estratégia de qualificação o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), havendo modificação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. No novo sistema, foram incluídos indicadores de atendimento a usuários de álcool, outras drogas e de saúde mental (BRASIL, 2011b).

Munari (2008) afirma que talvez o maior desafio da gestão seja instrumentalizar as equipes de Saúde da Família para a promoção da saúde mental dentro dessa estratégia. Para tanto, é essencial estabelecer um processo de capacitação dos profissionais, com supervisão, definição de fluxos e referências e potencialização dos sistemas de informação da Atenção Básica.

Com o intuito de dirimir essas dificuldades, uma estratégia que vem ganhando força é o Apoio Matricial, arranjo organizacional baseado na supervisão e capacitação, em que a equipe de saúde mental troca experiências e faz pactuações com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento resulta na corresponsabilização pelos casos, com discussões e intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades (BRASIL, 2005).

O apoio matricial é ainda um regulador de fluxo, que permite compreender e diferenciar os casos que realmente tem perfil para atendimento nos serviços especializados de saúde mental, e os casos que podem ser acompanhados pela ESF (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2007).

Nesse sentido, o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) constitui importante instrumento na atenção às pessoas em sofrimento psíquico, atuando no planejamento estratégico da atenção, além de coordenar e integrar projetos e funções profissionais. O NASF deve cumprir, portanto, o papel de matriciador do território e participar dos projetos terapêuticos singulares construídos com a equipe do CAPS, sendo corresponsável pelo tratamento e orientação familiar e comunitária (DELFINI; et al., 2009).

Os profissionais de saúde mental devem promover apoio matricial às equipes da ESF para potencializar suas intervenções, sejam elas no campo da prevenção e promoção ou do tratamento, minimizando assim os encaminhamentos desnecessários a serviços de níveis mais complexos de atenção à saúde. Dessa maneira, é possível favorecer a responsabilização das equipes e a criação de vínculo, através do contato com a pessoa e crise, sua família e todos os atores que vivem no território (AMARANTE, 2010b).

Bezerra e Dimenstein (2008) ressaltam que as ações voltadas para a saúde mental na rede básica tem um importante papel para aumentar a resolutividade do serviço de saúde, através do conhecimento sobre os usuários, as famílias e o território. Dessa forma, o matriciamento, arranjo organizacional que objetiva o apoio técnico em áreas específicas, através do qual as equipes de saúde mental e atenção básica compartilharão informações, discussões e até mesmo intervenções, representa um recurso importante para superar os especialismos e a fragmentação na saúde mental, minimizando os encaminhamentos desnecessários a serviços especializados (DIMENSTEIN, 2009).

Até abril de 2010, havia 1165 equipes NASF atuando no país, sendo aproximadamente 30% dos trabalhadores desses núcleos profissionais do campo da saúde mental, o que mostra uma priorização destes por parte dos gestores municipais e estaduais (BRASIL, 2010b).

Em João Pessoa, o apoio matricial vem ressignificando o conceito de matriciamento como uma nova metodologia de gestão do processo de trabalho no SUS, a partir da troca de saberes e experiências entre a equipe matricial (apoiadores matriciais em saúde), equipe de referência (profissionais da Estratégia Saúde da Família) e usuários do SUS (cidadãos). Percebe-se que os apoiadores matriciais iniciaram sua atuação com o objetivo de produzir ações e serviços de

matriciamento em uma perspectiva de ampliação de sua prática, com experiências mais abrangentes de gestão em saúde, realizando apoio institucional/administrativo às equipes, através da discussão do processo de trabalho das equipes, mediação conflitos, participação em reuniões técnicas e matriciais e articulação de ações intersetoriais, dentre outras funções (JOÃO PESSOA, 2013).

Esse trabalho vem sendo ampliado com parte das equipes NASF desenvolvendo ações relativas ao seu núcleo de saber, em um trabalho conjunto com os profissionais das equipes de referência, oferecendo consultas e interconsultas em seu núcleo específico, realizando visitas domiciliares, trabalhando com grupos operativos, desencadeando processos de Educação Permanente em Saúde, entre outros (JOÃO PESSOA, 2013).

Outra estratégia, que a partir de 2011 passou a integrar as ações da Atenção Básica, é o Consultório na Rua, dispositivo que oferece cuidados básicos de saúde para população vulnerável no próprio contexto de rua, devendo atuar em ação conjunta com outros setores como Assistência Social, Justiça, Cultura, Esporte e outros, dentro da estratégia de Redução de Danos. Até o momento, a Paraíba conta com 03 equipes de Consultório na Rua, já com ações em campo (BRASIL, 2011d). Vale ressaltar que as 03 equipes referidas pelo MS no relatório Saúde Mental em Dados 9 encontram-se todas em João Pessoa.

A diretriz conceitual do Ministério da Saúde indica, portanto, que a expansão e a qualificação da Atenção Básica, organizada pela ESF, e potencializada pelo NASF, compõem parte do conjunto de prioridades políticas, devendo superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença para se desenvolver por meio de práticas participativas e democráticas, sob a forma de trabalho em equipe. Essa perspectiva é antagônica ao modelo de atendimento centrado nos especialismos, que adota uma lógica de saúde fragmentada, distante da concretude da vida dos sujeitos (GUEDES, et al., 2009).

A orientação das políticas de atenção à saúde mental, redirecionando as ações para os serviços extra-hospitalares e territoriais, prioriza novas estratégias de cuidado, com a superação de antigos padrões assistenciais. É mister, portanto, que a Atenção Básica se reorganize e se articule para atuar de acordo com estas transformações político-institucionais (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Reinaldo (2008) afirma que o resgate do sujeito em sofrimento psíquico para o convívio social implica em transportar à comunidade a pluralidade de aspectos presentes no convívio desse

indivíduo na vida social. Verifica-se, pois, que a articulação entre a saúde mental e a atenção básica é inadiável, implicando em transformações profundas nas práticas de saúde vigentes. Se por um lado o CAPS ocupa um lugar central na reorganização da atenção em saúde mental, por outro, a atenção básica precisa ser fortalecida, a fim de acompanhar os avanços da área de saúde mental e alcançar, assim, um sistema de saúde eficaz desde a rede básica até os serviços substitutivos (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2007).

3.4 ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA MÚLTIPLA

A Análise de Correspondência (AC) pode ser definida como uma técnica de análise multivariada, adequada para dados categóricos, que permite analisar graficamente as relações existentes em um espaço de dimensão reduzida. Ela é aplicada a tabelas de contingência, com o objetivo de determinar as relações entre objetos, variáveis e categorias (PRADO, 2012).

A AC, técnica estatística exploratória, é utilizada para verificar associações entre variáveis qualitativas ou variáveis contínuas categorizadas (CLAUSEN, 1998). Ela transforma dados não métricos em um nível métrico e faz redução dimensional, fornecendo uma representação multivariada de interdependência para esse tipo de dados, a qual não é possível em outras técnicas (HAIR JÚNIOR; et al., 2009).

Para Mota, Vasconcelos e Assis (2007), a AC é bastante útil no estudo de fatores de risco que podem estar associados a determinadas características que se deseja analisar, além de permitir identificar grupos que possuem os mesmos fatores de risco.

Segundo Greenacre (1992), esse método envolve três conceitos básicos: a noção de perfil das categorias, isto é, suas frequências relativas; o peso associado a cada perfil, que é apresentado em uma representação gráfica e a distância entre os vetores de frequências relativas, sendo a função que a representa, usualmente, a distância qui-quadrado. Além desses, verifica-se a inércia, que representa o percentual explicado pela variação dos dados.

A análise de correspondência múltipla (ACM) pode ser considerada uma ampliação da Análise de Correspondência Simples (ACS), quando estão em estudo mais de duas variáveis (MANGABEIRA, 2002).

A ACM tem como base uma adaptação da estrutura dos dados para que se tenham casos nas linhas e variáveis nas colunas, gerando uma tabela que fornecerá os mesmos resultados

que a ACS se apenas duas variáveis forem analisadas. Entretanto, esta estrutura permite que mais de duas variáveis sejam trabalhadas ao mesmo tempo, além de possibilitar que se estabeleçam os perfis de cada unidade observada, fornecendo a avaliação de relações entre estes e as variáveis em estudo (SOUZA; BASTOS; VIEIRA, 2010).

Na Análise de Correspondência Múltipla, todas as associações entre pares de variáveis são verificadas, bem como a associação entre uma variável e ela mesma. A inclusão das associações de uma variável com ela mesma, o que não acontece na ACS, é que permite ser a ACM mais eficiente em sua parte computacional (CARVALHO; VIEIRA; MORAN, 2002).

Este método tem como base a decomposição do valor singular de uma matriz retangular (tabela de contingência adaptada) e é utilizado para representar graficamente as linhas e as colunas desta tabela como pontos em espaços vetoriais de pequena dimensão. Com os gráficos produzidos, podemos avaliar, visualmente, se as variáveis de interesse se afastam do pressuposto de independência, sugerindo possíveis associações, além de perceber como se dá esta associação. Os níveis das variáveis de linha e de coluna assumem posições nos gráficos de acordo com a associação ou similaridade entre elas (GREENACRE, 2007).

Dessa forma, indivíduos que apresentam um grande número de características em comum, apresentam uma representação próxima no gráfico gerado pela ACM, que classifica os indivíduos em diferentes perfis a partir de suas semelhanças (WANGENHEIM, 2013).

A importância de cada categoria de variável é medida através da contribuição absoluta que, juntamente com a observação da posição dos pontos no gráfico em relação aos eixos, possibilita a interpretação dos fatores e caracteriza os eixos conceitualmente. A contribuição relativa de uma categoria mede o quanto da variabilidade da mesma está sendo explicada pelo eixo (CLAUSEN, 1998).

Greenacre (2007) acrescenta que a ACM investiga a relação entre as categorias das variáveis sem a necessidade de designar uma variável dependente, nem assumir previamente uma distribuição de probabilidades, sendo apropriada no estudo de dados populacionais.

A Análise de Correspondência (AC) merece destaque pela sua facilidade de aplicação e interpretação, bem como pela sua versatilidade no tratamento de variáveis categóricas. Esse tipo de análises permite que se visualize, como num mapa geográfico, as similaridades ou divergências entre os estímulos propostos no trabalho de pesquisa (CALANTONE; DI BENETTO; HAKAM; BOJANIC, 1989 apud CORREIA, 2008).

A representação gráfica da AC é especialmente rica em informação, permitindo que o analista depreenda, rapidamente, as relações entre variáveis, pois possibilita que o pesquisador resolva uma série de limitações estatísticas das variáveis do tipo qualitativas/categóricas, ou seja, sua quantificação, sem violar os princípios estatísticos de técnicas desenvolvidas para dados quantitativos (HOFFMAN; FRANKE, 1986 apud CORREIA, 2008).

Outra vantagem da ACM é a possibilidade de incorporar e ordenar um grande número de indicadores categóricos, sem prejuízo de sua importância relativa, além disso, não requer pressuposições sobre os dados a serem trabalhados: o único requisito é o de uma matriz com dados originalmente quantitativos que possam ser apresentados em classes. Para sua aplicação, um grupo de variáveis relevantes para o problema estudado é selecionado, categorizando-se as variáveis contínuas. Em seguida, é construída uma tabela de frequências, correlacionando as categorias das variáveis, e calculada a distância qui-quadrada entre dois pontos no plano. Para tal, constrói-se a matriz distância, que é formada pelas distâncias de todas as combinações de categorias da tabela, e definida como somatório do quadrado da diferença entre o perfil de coluna de uma categoria e o perfil de coluna da outra, divididos pela proporção de contribuição daquela linha no total, conforme ilustra a equação abaixo (CORREIA, 2008).

$$\frac{(P1_1 - P2_1)^2}{L1} + \frac{(P1_2 - P2_2)^2}{L2} + \dots + \frac{(P1_n - P2_n)^2}{Ln}$$

Onde:

P = perfil de coluna;

L = contribuição da linha no total;

n = número de linhas.

Cada um desses passos é repetido analogamente para o perfil de linhas, invertendo a contribuição total da linha (L) pela contribuição total da coluna (C) na equação. Utilizando-se a técnica de escalonamento multidimensional, determina-se o número de dimensões que devem ser utilizadas para a representação no espaço, escolhendo-se os que contribuem com a maior parte da

variabilidade do conjunto de dados. Dessa forma, é possível identificar padrões, tendências e associações entre as categorias, e agrupar as características da população do estudo (CORREIA, 2008).

Há algumas medidas de análise dos resultados produzidos para auxiliar a interpretação. Uma delas é o auto-valor singular ou valor singular (“singular eigenvalue”), que avalia a qualidade das dimensões do gráfico (KNOP, 2008). Além deste, observa-se a inércia, que representa o percentual de informação explicada por cada um dos eixos (FREITAS; CUNHA JÚNIOR, 2000).

Knop (2008) destaca ainda as medidas de discriminação, que calculam a variação das variáveis em cada dimensão e discriminam melhor o objeto de análise quanto maior forem os seus valores. Além destas, é importante observar a quantificação das categorias de cada variável, que evidencia as associações (quantificações de mesmo sinal) e oposições (quantificações de sinais opostos) existentes entre elas. Por fim, verificam-se as variáveis e suas categorias na representação gráfica, analisando sua proximidade (associação) ou distância (oposição) através dos pontos apresentados no gráfico.

3.5 REGRESSÃO LOGÍSTICA

Os estudos epidemiológicos procuram identificar a relação entre uma ou mais variáveis que refletem a exposição a determinados desfechos, utilizando para isso as análises estatísticas, a fim de saber a probabilidade de sua ocorrência e compreender como se dá a exposição.

Uma das ferramentas utilizadas para esse fim é a Regressão Logística, largamente aplicada na área da saúde por possuir finalidade descritiva, descrevendo a relação entre variáveis, e preditiva, através da previsão da probabilidade de ocorrência de um fenômeno, dada uma condição (ABREU; SIQUEIRA; CAIAFFA, 2009).

Souza (2006) afirma que o primeiro trabalho epidemiológico que utilizou a regressão logística foi sobre a probabilidade de ocorrência de doença coronariana em função de algumas variáveis, na década de 60. A partir de então, a aplicação desse modelo tem fornecido um importante recurso metodológico, especialmente com a ampliação do acesso a computadores e o desenvolvimento de pacotes estatísticos sofisticados, ampliando seu uso.

A Regressão Logística se caracteriza como uma técnica estatística que permite estimar a probabilidade de ocorrência de determinado evento em relação a um conjunto de variáveis que podem explicá-lo, ou seja, permite prever a ocorrência de um desfecho dadas as ocorrências de algumas variáveis. Além disso, facilita o trabalho com variáveis categóricas, que podem ser mensuradas usando apenas um número limitado de valores ou classes (CORRAR; PAULO; DIAS FILHO, 2009).

No modelo logístico, utilizam-se os valores de uma série de variáveis independentes para prever a ocorrência do desfecho que está sendo estudado (variável dependente), estando todas as variáveis consideradas no modelo controladas entre si (ABREU et al., 2009).

Esse modelo tem se constituído em um dos principais métodos de modelagem estatística de dados, tanto pela facilidade de interpretação dos parâmetros de um modelo logístico, como pela possibilidade do uso desse tipo de metodologia em análise discriminante quando há dois grupos para serem discriminados ou até mesmo quando há mais de dois grupos. Paula (2010) afirma que mesmo quando a resposta de interesse não é originalmente dicotômica, alguns pesquisadores têm dicotomizado a resposta de modo que a probabilidade de sucesso possa ser modelada através da regressão logística.

Entre as variáveis independentes, pode haver fatores (variáveis categóricas) e/ou co-variáveis (variáveis contínuas), e a variável dependente é dicotômica, isto é, está disposta em duas categorias (HAIR JÚNIOR, 2009; GAUVREAU; PAGANO, 2008).

Penha (2002) destaca que as variáveis independentes podem ser quantitativas ou qualitativas e estas, dependendo do número de categorias e de suas características, são classificadas em três tipos: variáveis binárias ou dicotômicas, quando apresenta duas categorias (como “sim” e “não”); ordinais, quando apresentam três ou mais categorias com uma ordenação dos níveis (por exemplo: pequeno, médio e grande) e nominais, quando a variável apresenta três ou mais categorias sem níveis de ordenação natural.

Dessa forma, como as variáveis dependentes são binárias, há apenas duas possibilidades de eventos, e cada uma delas tem distribuição Bernoulli, portanto, a soma do número de sucessos ou fracassos tem distribuição binomial com parâmetros n (observações) e p (probabilidades de sucesso). A transformação logística se dá com o logaritmo da razão de probabilidades, identificando o risco de ter sucesso dado o efeito de outras variáveis (ABREU, 2009).

Como em qualquer procedimento analítico que utiliza modelos de regressão, a análise binária deve sempre ser precedida pelo cruzamento de cada covariável com o evento de interesse, a fim de selecionar os fatores que serão introduzidos no modelo de regressão (HAIR JÚNIOR, 2009).

A meta é obter o melhor modelo ajustado através da redução do número de variáveis incluídas nele, descartando aquelas não significantes, cuja contribuição para o ajuste é quase nula, e deixando apenas as variáveis com p-valor menor que 0,1, ou outro valor pré-estabelecido pelo pesquisador (CORRAR; PAULO; DIAS FILHO, 2009).

De acordo com Tsuchiya (2002), muitas funções tem sido propostas; entretanto a mais adequada para o caso da variável resposta binária é a função *logit*, dada a sua flexibilidade e facilidade de uso e interpretação.

Assim, o modelo de regressão logística é definido por (PAULA, 2010):

$$g(\pi(x)) = \text{Logit}(\pi) = \log \left\{ \frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right\} = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p + \varepsilon$$

Onde:

Y=evento de interesse;

$\pi = P(Y = 1)$ = probabilidade de ocorrência do evento de interesse;

β_0, \dots, β_p = parâmetros do modelo logístico a serem estimados;

x_1, \dots, x_p = variáveis independentes ou co-variáveis;

ε = erro aleatório.

Na regressão logística, a probabilidade de sucesso, ou seja, $P(Y=1)$ é dada por:

$$\mu = \pi(x) = p(Y = 1/X = x) = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \dots + \beta_p x_p)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \dots + \beta_p x_p)}$$

Onde:

$P(Y=1/X=x)$ = probabilidade de sucesso dado que as co-variáveis assumem determinados valores;

X = vetor de co-variáveis;

Assim como em qualquer tipo de análise de regressão, é importante avaliar a qualidade do ajuste dos modelos de regressão logística, pois a falta de ajuste pode levar a viés de estimação de efeitos. Essa avaliação pode detectar covariáveis importantes, casos em que a função de ligação (logit) não foi apropriada, casos em que a modelagem das covariáveis não está correta ou ainda em que a suposição de que a razão de chances (*odds*) proporcional foi equivocada (HARTZ; SILVA, 2005).

Outro caminho para avaliar a qualidade do ajuste é através da função desvio, também chamada *deviance*, que é a estimativa de máxima verossimilhança analisada através da distância entre o logaritmo da função de verossimilhança do modelo saturado (com 'n' parâmetros) e do modelo sob investigação, com 'p' parâmetros (CORRAR; PAULO; DIAS FILHO, 2009).

De acordo com Paula (2010), a função desvio é uma distância entre o logaritmo da função de verossimilhança do modelo saturado (com n parâmetros) e do modelo sob investigação (com p parâmetros), avaliado na estimativa de máxima verossimilhança β_{est} (estimado). Um valor baixo para a função desvio indica que, para um número menor de parâmetros, obtemos um ajuste tão bom quanto o ajuste com o modelo saturado (com n parâmetros).

Corrar, Paulo e Dias Filho (2009) acrescentam que a *deviance* tem uma distribuição qui-quadrado com graus de liberdade e se baseia nas funções de máxima verossimilhança para testar se os coeficientes de regressão são iguais a zero caso um subconjunto das co-variáveis X seja retirado do modelo de regressão logística. Este teste torna-se útil para avaliar o quanto o modelo selecionado ajustou-se aos dados, sendo o melhor ajuste aquele que apresenta o menor deviance que corresponde a um menor p-valor.

Outro critério utilizado para comparar os ajustes do modelo é o Critério de Informação de Akaike (AIC), estatística frequentemente utilizada para escolher a melhor especificação de uma equação de regressão entre dois modelos, considerando mais adequado o que produz o menor valor do AIC (PAULA, 2010).

É importante ainda a realização da análise de diagnóstico, a detecção de observações influentes, isto é, pontos que exercem um peso desproporcional nas estimativas dos parâmetros do modelo, além de verificar a distribuição proposta para a variável resposta, identificando possíveis observações discrepantes com alguma interferência desproporcional ou inferencial nos resultados do ajuste (PAULA, 2010).

Hosmer e Lemeshow (2004) recomendam fazer uma análise univariada inicialmente para seleção dos efeitos principais, incluindo no modelo apenas as variáveis com um nível de significância pré-fixado. Em seguida, propõem o ajuste do modelo, verificando sua adequação por meio dos testes e gráficos de resíduos.

A medida de associação calculada a partir do modelo logístico é o *Odds Ratio* (OR), obtido através da comparação de indivíduos que diferem apenas na característica de interesse e que tenham os valores das outras variáveis constantes, sendo o ajuste apenas estatístico.

O OR pode ser interpretado como o aumento ou decréscimo estimado na probabilidade de sucesso quando há mudança em uma variável preditora, mantendo-se os valores das outras variáveis constantes (HOSMER e LEMESHOW, 2004).

Outra medida do ajuste do modelo é o coeficiente de determinação R^2 de Nagelkerke, que quanto mais próximo de 1 melhor é a adequação do modelo aos dados.

Para essa análise, um pacote estatístico que vem se tornando cada vez mais popular é o software R, visto que é distribuído sob licença pública geral e possui várias técnicas estatísticas, incluindo vários modelos de regressão logística e permitindo seu ajuste e avaliação de qualidade (ABREU; SIQUEIRA; CAIAFFA, 2009).

Entretanto, outros pacotes estatísticos de licença não livre tais como SAS, SPSS e STATA, apresentam módulos específicos para regressão logística com uma melhor organização na escolha do programa, superando o pacote R na organização da seleção dos módulos que, neste pacote, ficam espalhados por várias funções, dificultando sua utilização.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Inicialmente, foi realizada uma revisão utilizando-se fontes como livros e artigos em periódicos, a fim de analisar as contribuições científicas de referências já construídas sobre o tema em questão. Posteriormente, deu-se prosseguimento a uma pesquisa de campo, que objetivou adquirir informações e conhecimentos sobre o problema proposto, nesse caso, investigar os determinantes da internação psiquiátrica de usuários acompanhados nos CAPS, investigando suas relações.

Trata-se de um estudo exploratório que utilizou técnicas dedutivas a fim de chegar a resultados generalizáveis, isto é, de caráter quantitativo e abordagem observacional, do tipo descritivo, com análise retrospectiva dos fatores determinantes ao desfecho (acompanhamento em USF). Esse desenho de estudo possibilita adoção de hipóteses etiológicas e apresenta alto potencial de descrição (MEDRONHO et al., 2009).

O método de abordagem utilizado foi o indutivo, com aplicação de um questionário para obtenção dos dados e posterior análise estatística. O processo de indução, de acordo com Parra Filho e Santos (2003), parte de observações e levantamentos de determinados dados suficientemente constatados, permitindo-se inferir condições gerais ou universais. Possibilita, portanto, chegar a conclusões com conteúdo mais amplo do que o dos dados que se basearam.

Foi utilizado o método de procedimento estatístico, que forneceu uma descrição quantitativa dos fatores associados a utilização da Atenção Básica por usuários em sofrimento psíquico acompanhados nos CAPS de João Pessoa - PB. Segundo Lakatos e Marconi (2009), este método tem por objetivo obter representações mais simples a partir de conjuntos complexos, a fim de analisar suas relações.

A estatística exploratória, que é caracterizada pelo levantamento, organização e descrição dos dados, foi aplicada através de recursos visuais, como tabelas e gráficos, com cálculo das estatísticas representativas, além da Análise de Correspondência Múltipla. Já a estatística analítica ou inferencial, que toma por base uma amostra para realizar inferências sobre a população de estudo, foi realizada através da Regressão Logística para comprovar as hipóteses

estabelecidas, a fim de contribuir com o processo de tomada de decisão acerca do objeto de estudo (Arango, 2009).

A técnica de documentação foi a direta intensiva, através de questionários aplicados com os usuários na presença de seu(s) familiar(es), quando de seu interesse. Foram analisados ainda prontuários dos participantes para complementar as informações necessárias.

4.2 CENÁRIO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foi realizado um estudo transversal representativo dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS Gutemberg Botelho (tipo III), Caminhar (tipo III) e David Capistrano Filho (tipo ad). Além destas três unidades de CAPS, o município de João Pessoa - PB conta ainda com mais duas unidades que não foram incluídas: o CAPS AD III, serviço estadual de referência regional, cujos usuários são acompanhados na ESF de municípios diversos e o CAPS Cirandar, que atende a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e/ou em dependência ao álcool e outras drogas, cuja frequência na ESF está relacionada a outros fatores, como o desejo e a compreensão dos pais.

Para a obtenção da amostra, seguiu-se a amostragem probabilística, por ser submetida a um tratamento estatístico, a fim de garantir, inicialmente, que cada elemento do universo tenha probabilidade conhecida de pertencer à amostra sorteada (MARCONI, LAKATOS, 2008).

Na seleção de uma amostra, apesar da utilização de metodologias que tentem garantir sua representatividade, mesmo em casos de estudos bem planejados e executados, provavelmente haverá algum erro no resultado encontrado. O erro amostral representa, portanto, a distância entre a amostra e a população, determinada pelo erro máximo fixado, que define a precisão do processo de amostragem antes do sorteio da amostra e dos resultados obtidos (TRIOLA, 2005).

O cálculo do tamanho da amostra considerou como parâmetros uma proporção estimada de 40% de usuários do CAPS em acompanhamento pelas ESF, com erro máximo de 7 pontos percentuais para um nível de confiança de 95% com uma população finita de 802 unidades amostrais. Desta forma, obteve-se o número de 153 usuários, acrescidos de 10% para evitar problemas de perdas, totalizando 169 usuários.

Foram entrevistados 170 indivíduos, selecionados aleatoriamente nos três CAPS, distribuídos da seguinte forma: 67 indivíduos do CAPS Gutemberg Botelho, 60 do Caminhar e

43 do David Capistrano Filho, respeitando a proporcionalidade do total de usuários frequentando cada um deles, sendo 317, 283 e 202 respectivamente.

Chegou-se ao tamanho da amostra a partir da seguinte estatística:

$$n = \frac{z_{gc}^2 \cdot p (1 - p) + ME^2}{ME^2 + \frac{z_{gc}^2 \cdot p (1 - p)}{N}}$$

Onde:

n = número de indivíduos na amostra;

Z_{gc} = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado = 1,96;

p = proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria em estudo = 0,4;

(1-p) = q = proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria em estudo = 0,4;

ME = margem de erro = 0,07;

N = número de indivíduos da população = 802.

Após definição do tamanho da amostra, a seleção dos participantes ocorreu por amostragem aleatória simples, sem reposição, com sorteio dos usuários a participarem da pesquisa através dos números de seus prontuários.

4.3 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Os dados que puderam ser colhidos através de documentação direta, como aqueles contidos em prontuários nos CAPS, foram preenchidos em uma ficha de dados institucionais (Apêndice B) para complementação das informações, com abordagem às seguintes variáveis: idade, sexo, bairro, Distrito Sanitário, tempo de acompanhamento no CAPS, Internação psiquiátrica, com número, ano(s) de internação e hospital (is), além de sintomas no momento da internação.

Também foi realizada uma entrevista, com um questionário pré-definido (APÊNDICE C), contendo variáveis de identificação: condições de moradia, escolaridade, profissão, ocupação, trabalho atual, renda individual e familiar, atividades de lazer que realiza frequentemente, religião

(categorizadas em católica, protestante e outras após a coleta), praticante (sim ou não) e variáveis clínicas e de atendimento: história de internação psiquiátrica, motivo da internação, uso de medicamentos, se toma regularmente, frequência no CAPS, atividades de que participa no CAPS, atendimento em Unidade de Saúde da Família (USF), outros serviços procurados, presença e frequência de participação de cuidador.

Algumas das variáveis trabalhadas são dicotômicas ou binárias, isto é, aceitam apenas duas respostas possíveis, como sexo (masculino e feminino), ao passo que outras são nominais, organizadas em duas ou mais categorias, a exemplo da renda individual e familiar.

Para o modelo de regressão logística, algumas variáveis nominais foram dicotomizadas ou categorizadas a fim de melhorar a qualidade do ajuste.

4.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Todos os dados foram transcritos para meio digital e foi realizada a análise descritiva para observar possíveis inconsistências ou erros de digitação. Os problemas foram revistos com o questionário original, com os respectivos prontuários.

Foram calculadas as estatísticas descritivas e as frequências das variáveis. Estes resultados foram apresentados na forma de tabelas. Para a identificação das variáveis relacionadas com a variável dependente, utilização de serviço de atenção básica (ESF), foi feita regressão logística multivariada, incluindo inicialmente todas as variáveis independentes do estudo e posteriormente fazendo a retirada progressiva daquelas que não alcançaram significância estatística (estatística Wald) menor que 0,05. Para avaliação do modelo, foram observadas as estatísticas Valor da Log-verossimilhança, Cox-Snell R Square e Nagelkerke R Square e o teste de Hosmer-Lemeshow, a fim de avaliar a bondade do ajuste.

Também foi feita uma análise de correspondência em dois momentos, o primeiro incluindo somente as variáveis sociodemográficas e em seguida apenas com as variáveis clínicas e de atendimento. Estas análises tiveram o objetivo de agrupar as variáveis descritivas por características semelhantes e identificar quais grupos melhor discriminam o objeto da análise, que é a utilização dos serviços da ESF.

Todas as análises foram realizadas com o auxílio do pacote estatístico SPSS *for Windows* versão 20.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), para a pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ MS), este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ e todos os entrevistados assinaram o TCLE.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram divididos em análise exploratória, que traz a caracterização da população do estudo a partir das variáveis pesquisadas, além da Análise de Correspondência Múltipla, e modelagem estatística, que apresenta o modelo de regressão logística explicativo do problema proposto.

5.1 ANÁLISE EXPLORATÓRIA

A população do estudo consistiu de 170 usuários dos CAPS do município de João Pessoa, dos quais 41,8% (n= 71) são acompanhados em Unidades de Saúde da Família (USFs), variando entre 34,4% e 49,2% (IC 95%), conforme apresentado na tabela abaixo:

Tabela 05 - Distribuição dos usuários segundo acompanhamento em USFs. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEL USF	n (CADA)	%
SIM	71	41,8
NÃO	99	58,2
TOTAL	170	100,0

Diante do elevado número de variáveis existentes no banco de dados, foram selecionadas para a análise exploratória aquelas que tem maior relevância no estudo. A análise descritiva dos dados foi dividida, para fins didáticos, em aspectos sociodemográficos e aspectos clínicos e de atendimento, conforme a ficha de dados institucionais (apêndice B) e o questionário (apêndice C), pois ambos os instrumentos de coleta foram organizados dessa maneira.

- **Variáveis sociodemográficas:**

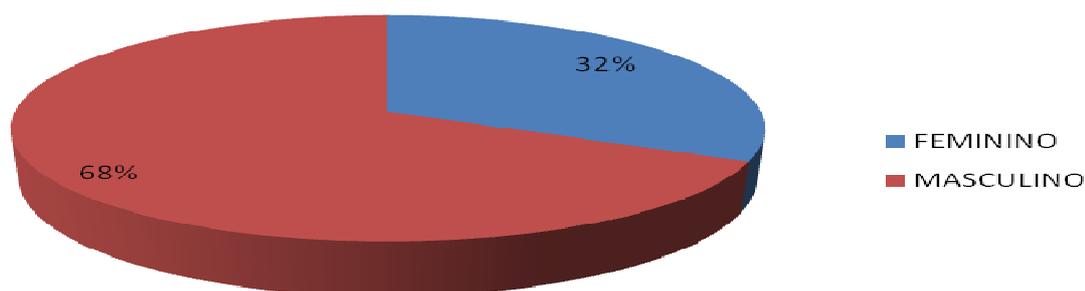
Ao analisar a idade dos 170 usuários que participaram da pesquisa, observou-se que 45,3% (n=77), encontram-se na faixa etária de 40 a 50 anos, apresentando uma idade média de 44,8, que varia de 23 (mínimo) a 63 anos (máximo).

A tabela 06 apresenta a proporção de usuários por faixa etária.

Tabela 06 - Distribuição dos usuários segundo faixas etárias. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEL FAIXAS ETÁRIAS	n (CADA)	%
20-29	07	4,1
30-39	40	23,5
40-49	77	45,3
50-59	36	21,2
60-59	10	5,9
TOTAL	170	100,0

Em relação ao sexo, 68% (n=116) dos indivíduos são do sexo masculino, representando a maioria dos participantes, ao passo que 32% (n=54) são do sexo feminino, conforme ilustra o gráfico 01.

Gráfico 01 - Distribuição dos usuários segundo o sexo. João Pessoa/PB, 2013

O local da residência foi identificado em 27,1% (n=46) dos casos como sendo no Distrito Sanitário II, destacando os bairros do Rangel, Cristo e Geisel.

A tabela 07 traz a distribuição da amostra por distrito sanitário.

Tabela 07 - Distribuição dos usuários por Distrito Sanitário. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEL (DISTRITO SANITÁRIO)	n (CADA)	%
I	41	24,1
II	46	27,1
III	41	24,1
IV	28	16,5
V	14	8,2
TOTAL	170	100,0

Ao se analisar os dados referentes às condições de moradia, foi observado que a maioria reside em ruas calçadas e com acesso a água tratada e esgotamento sanitário (72,9%, 88,8% e 68,8%, respectivamente), além de 80% possuírem acesso a coleta de lixo, conforme demonstrado na tabela 08.

Tabela 08 - Distribuição dos usuários por condições de moradia. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEIS CONDIÇÕES DE MORADIA	n	%
RUA CALÇADA		
SIM	124	73,0
NÃO	46	27,0
TRATAMENTO DE ÁGUA		
SIM	151	88,8
NÃO	19	11,2
ESGOTAMENTO SANITÁRIO		
SIM	117	68,8
NÃO	53	31,2
COLETA DE LIXO		
SIM	136	80,0
NÃO	34	20,0

Ao observarmos a tabela 09, vemos que 79% (n=135) dos participantes deste estudo são alfabetizados, entretanto, 74% (n=125) tem baixa escolaridade (até o ensino fundamental) e apenas 26,5% do total (n=45) tem escolaridade alta (ensino médio ou superior).

Outro aspecto relevante na análise dos dados é que 88% (n=149) não desenvolvem nenhuma ocupação e 79,4% (n=135) trabalhavam, mas deixaram de trabalhar, além dos 8,2% do total (n=14) que nunca trabalharam, conforme apresenta o gráfico abaixo. Dos 12,4% que trabalham, 9,4% (n=16) são remunerados e 2,9% (n=5) não.

Tabela 09 - Distribuição dos usuários por escolaridade e trabalho. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEIS	n	%
ALFABETIZADO		
SIM	135	79,4
NÃO	35	20,6
ESCOLARIDADE		
0 = BAIXA (ATÉ FUNDAMENTAL)	125	73,5
1 = ALTA (MÉDIO OU SUPERIOR)	45	26,5
OCUPAÇÃO		
SIM	21	12,4
NÃO	149	87,6
TRABALHO ATUAL		
REMUNERADO	16	9,4
NÃO REMUNERADO	05	2,9
NUNCA TRABALHOU	14	8,2
NÃO TRABALHA ATUALMENTE	135	79,4

Observa-se, ainda, que 77,6% (n = 132) dos usuários apresentaram renda individual inferior a 01 (um) salário mínimo e apenas 22,4% (n=38%) tem renda individual superior a 01 salário mínimo. A mesma situação se repete para renda familiar, com uma maioria de indivíduos (56,5%) cuja renda familiar é inferior a 01 salário mínimo, como ilustra a tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos usuários por renda. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEIS	n	%
RENDA INDIVIDUAL		
< 01 SALÁRIO	132	77,6
1 – 3 SALÁRIOS	29	17,1
3-5 SALÁRIOS	09	5,3
RENDA FAMILIAR		
< 01 SALÁRIO	96	56,5
1 – 3 SALÁRIOS	55	32,4
3-5 SALÁRIOS	19	11,2

Quanto investigado sobre as atividades de lazer, os participantes do estudo escreveram livremente todas as atividades que realizam e suas respostas foram categorizadas posteriormente. As categorias foram: conversar com amigos ou parentes, 43,5% (n=74) e ir ao CAPS, com 41,2% (n = 70).

Vale ressaltar que os usuários apresentaram como opções de lazer a realização de tarefas domésticas e a ida ao CAPS, fato que nos chama a atenção para o entendimento deles do que é lazer e a pouca diversidade de atividades dessa natureza a que eles tem acesso.

Tabela 11 - Distribuição dos usuários por atividades de lazer que realizam. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEIS (Lazer)	n	%
TV		
SIM	68	40,0
NÃO	102	60,0
CONVERSAR COM AMIGOS/PARENTES		
SIM	74	43,5
NÃO	96	56,5
LER		
SIM	25	14,7
NÃO	145	85,3
PASSEAR		
SIM	41	24,1
NÃO	129	75,9
ATIVIDADE FÍSICA		
SIM	39	22,9
NÃO	131	77,1
OUVIR MÚSICA		
SIM	65	38,2
NÃO	105	61,8
TAREFAS DOMÉSTICAS		
SIM	36	21,2
NÃO	134	78,8
IGREJA		
SIM	60	35,3
NÃO	110	64,7
IR AO CAPS		
SIM	70	41,2
NÃO	100	58,8

Com relação à frequência das atividades de lazer, 65,3% (n = 111) relataram realizar semanalmente, além dos usuários que frequentam diariamente, mensalmente ou ainda não realizam atividades de lazer (tabela 12).

Tabela 12-Distribuição dos usuários por frequência das atividades de lazer.João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEIS	n	%
FREQUÊNCIA LAZER		
DIARIAMENTE	29	17,1
SEMANALMENTE	111	65,3
MENSALMENTE	09	5,3
NENHUMA	21	12,4
TOTAL	170	100,0

No tocante à religião, 48,8% (n=83) se identificaram como evangélicos/ protestantes e declararam-se praticantes 64,7% (n=110), entre eles 75 dos 83 protestantes, conforme distribuição na tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos usuários por religião. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEIS	n	%
RELIGIÃO		
CATÓLICO	76	44,7
EVANGÉLICO	83	48,8
OUTROS	11	6,5
PRATICANTE		
SIM	110	64,7
NÃO	60	35,3

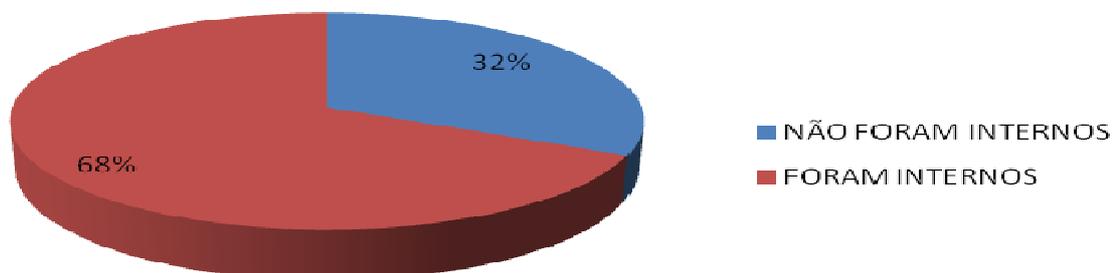
Na análise descritiva das variáveis sociodemográficas, verificou-se, portanto, que a maioria dos indivíduos que participaram deste estudo é do sexo masculino, com uma idade média de 44,6 anos e residentes na área de cobertura do Distrito Sanitário II, com acesso a saneamento básico e pavimentação.

Apesar do elevado número de alfabetizados, a maioria significativa destes usuários tem baixa escolaridade (até o ensino fundamental) e não trabalha atualmente, relatando como atividades de lazer mais frequentes conversar com amigos e parentes, ouvir música e ir ao CAPS. Além disso, vê-se que a maioria deles se identificou como evangélicas e praticantes de sua religião.

- **Variáveis clínicas e de atendimento:**

Ao analisarmos o número de internações dos integrantes deste estudo, percebemos que 44,1% (n=75) já foram internos mais de uma vez, enquanto 23,5% (n=40) foram internos apenas uma vez e 32,4% (n=55) nunca foram internos.

Considerando um intervalo de confiança de 95% para a proporção de indivíduos submetidos à internação psiquiátrica mencionada (68%), temos: IC = (0,61; 0,75), o que nos diz que há 95% de chance do real valor estar entre 61% a 75%.

Gráfico 02 - Distribuição dos usuários segundo a internação psiquiátrica. João Pessoa/PB, 2013

A frequência de internações dos integrantes deste estudo foi de 44,1% (n=75) em mais de uma situação, 23,5% (n=40) internados apenas uma vez e 32,4% (n=55) nunca foram internados.

Analisando apenas os usuários submetidos à internação psiquiátrica, 65% deles foram internos mais de uma vez, e das 115 internações psiquiátricas, 94,8% (n = 109) ocorreram em hospitais públicos, conforme mostra a tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição dos usuários segundo número de internações. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEIS	n	%
NÚMERO DE INTERNAÇÕES		
NUNCA FOI INTERNO	55	32,4
1 VEZ	40	23,5
2-5 VEZES	54	31,8
+6 VEZES	21	12,4
TOTAL	170	100,0
FOI INTERNO MAIS DE 1 VEZ	75	65,0
FOI INTERNO 01 VEZ	40	35,0
USUÁRIOS QUE FORAM INTEROS	115	100,0
HOSPITAL		
PÚBLICO	109	94,8
PRIVADO	06	5,2
TOTAL	115	100,0

Já a tabela 15 ilustra os sintomas descritos nos prontuários dos usuários no momento das internações, havendo referência de um ou mais sintomas por usuário.

Tabela 15 - Distribuição dos usuários segundo os sintomas no momento da internação. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEIS	n	%
ALUCINAÇÃO		
SIM	80	47,1
NÃO	90	52,9
DELÍRIOS		
SIM	50	29,4
NÃO	120	70,6
DEPRESSÃO		
SIM	33	19,4
NÃO	137	80,6
ANSIEDADE		
SIM	43	25,3
NÃO	127	74,7

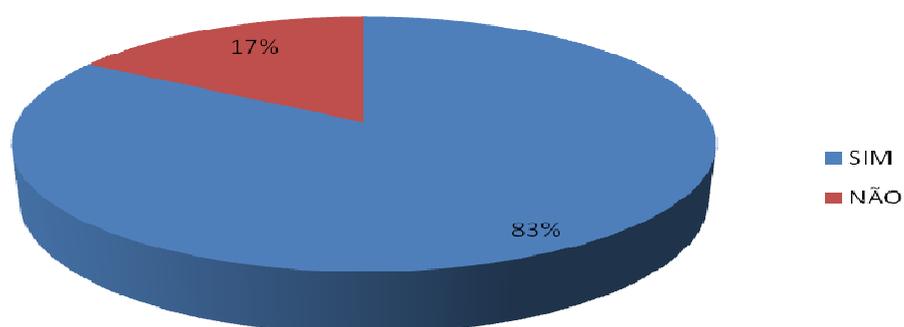
As variáveis “sintomas no momento da internação” (registro nos prontuários) e “motivo da internação” (entendimento dos usuários) foram inseridas no questionário como questões abertas e a categorização ocorreu após consolidação das respostas encontradas.

De acordo com o registro dos profissionais dos CAPS, os sintomas mais comuns durante as crises que deflagram as internações psiquiátricas destes usuários são as alucinações e os delírios (Tabela 16). Já para os usuários, as alucinações são apontadas como motivo das internações para 17,4% (n=20) dos indivíduos internos. Ainda quanto aos motivos, 23,5% (n=27) dos indivíduos que alegam que foram internos porque a família internou, ao passo que 29,5% (n=34) justificam sua internação devido ao alcoolismo, o que representa a maioria. A tabela 16 apresenta todas as respostas encontradas e seus respectivos percentuais.

Tabela 16 - Distribuição dos usuários segundo os motivos da internação. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEIS	n	%
ALUCINAÇÕES	20	17,4
DEPRESSÃO	07	6,1
NERVOSISMO	27	23,5
ALCOOLISMO	34	29,5
FAMÍLIA INTERNOU	27	23,5
TOTAL	115	100

A utilização de medicamentos foi observada na maioria dos casos e está representada no gráfico 03.

Gráfico 03 - Distribuição dos usuários segundo o uso de medicamentos. João Pessoa/PB, 2013

Entre os 142 usuários que tomam medicamentos, 89,4% (n = 127) tomam regularmente e 10,6% não (n=13), alegando só fazerem uso do medicamento quando necessitam. A tabela 17 apresenta esses dados.

Tabela 17 - Distribuição dos usuários segundo o uso de medicamentos. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEIS	n	%
MEDICAMENTOS		
SIM	142	83,5
NÃO	28	16,5
TOMA REGULARMENTE		
SIM	129	75,9
NÃO	13	7,6
NÃO FAZ USO	28	16,5
POR QUE NÃO?		
TOMA REGULARMENTE	129	75,9
SÓ QUANDO PRECISA	13	7,6
NÃO HÁ PRESCRIÇÃO	28	16,5

Em relação à frequência de acompanhamento no CAPS, 57,1% (n=97) dos usuários frequentam o CAPS mais de 01 vez por semana, 29,4% (n=50) frequentam semanalmente e apenas 13,5% (n=23) quinzenalmente ou mensalmente, isto é, a maior parte dos usuários da amostra são acompanhados com bastante frequência nos CAPS.

Tabela 18 - Distribuição dos usuários segundo a frequência de acompanhamento no CAPS. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEL (FREQUÊNCIA NO CAPS)	n	%
01 VEZ POR SEMANA	50	29,4
MAIS DE 01 VEZ POR SEMANA	97	57,1
QUINZENALMENTE OU MAIS	23	13,5

Verificou-se ainda que 41,8% (n=71) dos usuários frequentam Unidades de Saúde da Família, enquanto 58,2% (n=99) não frequentam. Apesar de não haver diferença significativa nas categorias desta variável, ela se mostrou bastante correlacionada com a internação psiquiátrica, como será apresentado mais adiante.

Esta amostra da população de usuários dos três CAPS de João Pessoa - PB envolvidos neste estudo apresentou uma prevalência de utilização das Unidades de Saúde da Família de 41,8% (n=71), sendo que, destes, 45,8% (33) o fazem mensalmente.

Tabela 19 - Distribuição dos usuários segundo a frequência de acompanhamento em USF's. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEL (FREQUÊNCIA EM USF)	n	%
ANUAL	09	12,5
MENSAL	33	45,8
SEMANAL	17	23,6
QUANDO PRECISA	13	18,1

Quando perguntados aos usuários se existem outros serviços, sanitários ou não, que atendem às suas necessidades, somente 21,2% (36) dos usuários responderam que sim, confirmando que 78,8% (134) são exclusivamente acompanhados pelos CAPS ou USFs. Os outros serviços referidos foram a Associação dos Alcoólicos Anônimos e os hospitais em geral. A tabela 20 mostra esses dados.

Tabela 20 - Distribuição dos usuários de acordo com outros serviços procurados. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEL	n (CADA)	%
PROCURA OUTROS SERVIÇOS		
SIM	36	21,2
NÃO	134	78,8
TOTAL	170	100
QUAIS		
AA	23	63,9
HOSPITAIS	13	36,1
TOTAL	36	100

Em relação ao tipo de cuidador, observou-se que 68,8% (n=117) dos usuários contam com os cuidados de um familiar, enquanto 6,5% (n=11) tem cuidadores profissionais e 22,4% (n=38) não tem cuidadores. Cuidado por pessoas de menor vínculo como amigos ou vizinhos foi referido por 2,4% (n=4) dos usuários.

Dos 132 usuários que tem um cuidador, 83% (n=110) são acompanhados sempre e 17% (n=22) contam com cuidados esporádicos dessa pessoa.

Tabela 21 - Distribuição dos usuários de acordo com tipo e frequência de cuidador. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEL (CUIDADOR)	n (CADA)	%
FAMÍLIA	117	68,8
AMIGO/VIZINHO	04	2,4
FORMAL	11	6,5
SEM CUIDADOR	38	22,4
TOTAL	170	100
SEMPRE	110	83,3
ÀS VEZES	22	16,7
TOTAL COM CUIDADOR	132	100

Diante da análise desses aspectos relacionados ao processo de cuidado, percebe-se que a maioria dos usuários foram internos mais de uma vez, quase todos em hospitais públicos, tendo como sintoma mais frequente a alucinação. A maior parte deles alega ter sido interna por causa do alcoolismo e toma medicamentos de uso controlado.

Outra questão observada é que, em geral, esses usuários são acompanhados nos CAPS mais de uma vez por semana e não procuram outros serviços que atendam às suas necessidades, a

não ser a Estratégia Saúde da Família, procurada por aproximadamente 42% deles. Além disso, há a frequente presença de um cuidador familiar.

5.2 MODELAGEM ESTATÍSTICA

Na análise estatística, foram aplicados dois modelos, a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) e a Regressão Logística, descritos a seguir.

Análise de Correspondência Múltipla

A ACM foi feita separadamente para o grupo de variáveis sociodemográficas e para as variáveis clínicas e de atendimento, dado o elevado número de variáveis.

- **Variáveis sociodemográficas:**

As variáveis de cada grupo foram inseridas e, passo a passo, foram excluídas aquelas que demonstraram menor associação com as demais. Dessa forma, permaneceram no modelo as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, rua calçada, tratamento de água, esgotamento sanitário, escolaridade, ocupação, trabalho atual, renda individual e renda familiar.

A inércia, que está relacionada com o Autovalor Singular (Eigenvalue), indica a variação explicada por cada dimensão, e varia entre 0 e 1. O modelo para as variáveis sociodemográficas apresentou uma inércia de 0,235 na dimensão 1 e 0,204 na dimensão 2, ou seja, a dimensão 1 explica 53,5% da inércia total de 0,439 contida nos dados, ao passo que a dimensão 2 explica 46,5% (tabela 22).

Tabela 22 - Análise de Correspondência Múltipla para as variáveis sociodemográficas. João Pessoa/PB, 2013

DIMENSÃO	AUTOVALOR SINGULAR	INÉRCIA	% DE INÉRCIA
1	2,352	0,235	53,5
2	2,035	0,204	46,5
TOTAL	4,387	0,439	100

Ao observar as medidas de discriminação das variáveis, verificamos que a dimensão 1 explica melhor as variáveis escolaridade, ocupação, trabalho atual, rua calçada, renda individual e renda familiar, pois estas apresentam maiores medidas na dimensão 1. Já as variáveis: sexo, idade, tratamento de água e esgotamento sanitário, são melhor explicadas pela dimensão 2. A tabela 23 apresenta essas medidas conforme as duas dimensões utilizadas neste estudo.

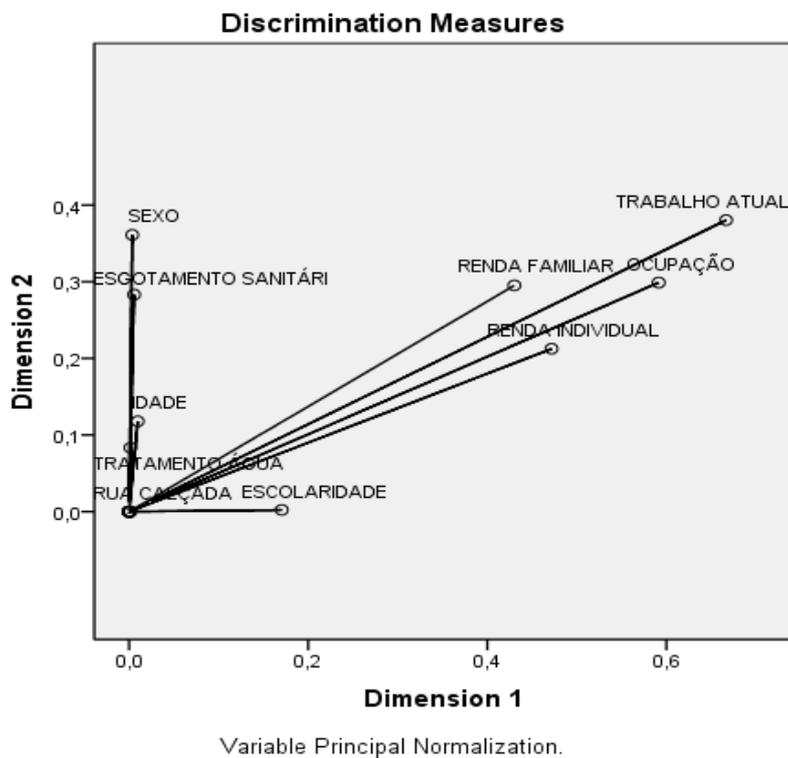
Tabela 23 - Medidas de Discriminação das variáveis sociodemográficas. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEL	MEDIDAS NA DIMENSÃO		MÉDIA
	1	2	
SEXO	0,003	0,361	0,182
IDADE	0,010	0,118	0,064
RUA CALÇADA	0,001	0,000	0,001
TRATAMENTO DE ÁGUA	0,002	0,083	0,042
ESGOTAMENTO SANITÁRIO	0,006	0,283	0,144
ESCOLARIDADE	0,170	0,002	0,086
OCUPAÇÃO	0,591	0,299	0,445
TRABALHO ATUAL	0,667	0,380	0,524
RENDA INDIVIDUAL	0,472	0,213	0,342
RENDA FAMILIAR	0,430	0,295	0,363

Pode-se ressaltar, ainda considerando a dimensão 1 na tabela 23, que as variáveis que melhor discriminam o objeto em análise são: trabalho atual, ocupação, renda individual, renda familiar e sexo, respectivamente, pois suas medidas de discriminação são as maiores.

Além das medidas de discriminação de cada variável, a Análise de Correspondência Múltipla também apresenta um gráfico com as mesmas:

Gráfico 04 - Medidas de Discriminação das variáveis sociodemográficas. João Pessoa/PB, 2013



O gráfico 04 nos mostra ainda forte associação entre as variáveis sexo, esgotamento sanitário, idade, tratamento de água e rua calçada, além da associação entre as variáveis ocupação, trabalho atual, renda individual e familiar, com pouca relação entre a variável escolaridade e as demais, de acordo com a ACM.

Foi verificada também a quantificação das categorias das variáveis, a fim de observarmos as associações e oposições entre as mesmas, para que o modelo seja melhor compreendido. As associações são traduzidas por associações o mesmo sinal (vide tabela 24).

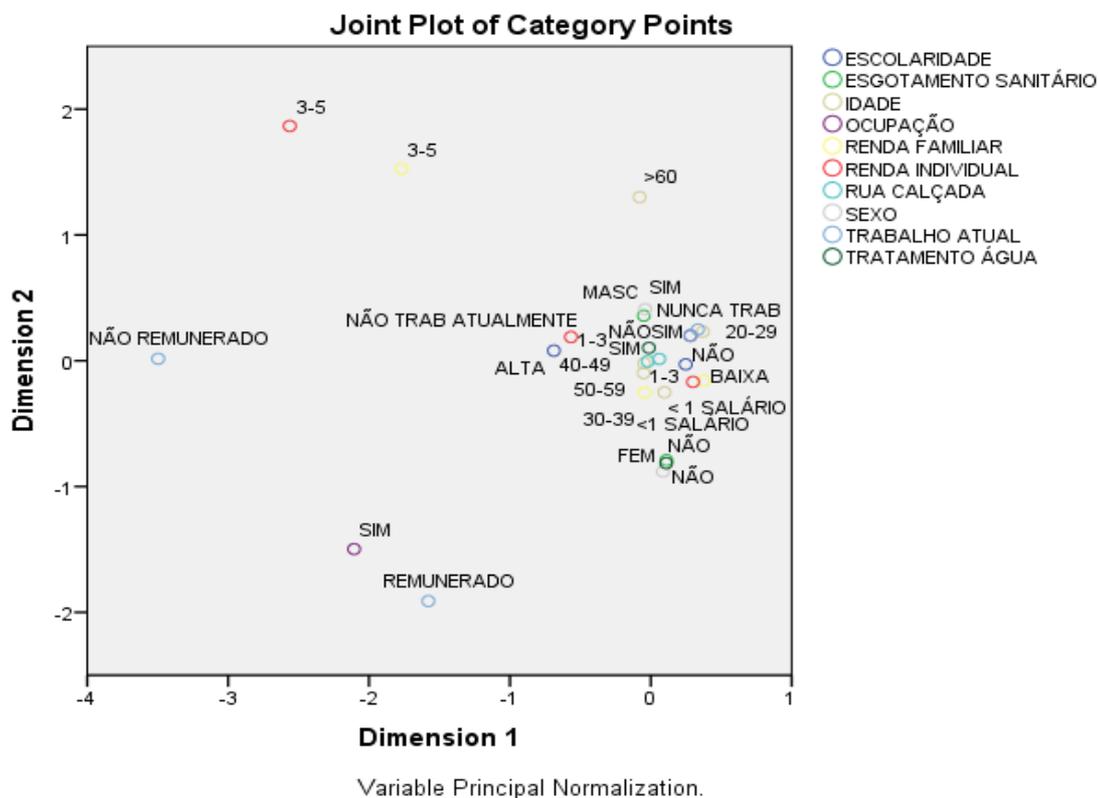
Tabela 24 - Quantificações de categorias das variáveis sociodemográficas. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEL	CATEGORIAS	QUANTIFICAÇÕES	
		DIM 1	DIM 2
SEXO	1= FEMININO	0,086	-0,881
	2= MASCULINO	-0,040	0,410
IDADE	1= 20-29	0,370	0,231
	2= 30-39	0,097	-0,251
	3= 40-49	-0,046	-0,020
	4= 50-59	-0,051	-0,097
	5= >60	-0,079	1,301
RUA CALÇADA	1= SIM	-0,022	-0,005
	2= NÃO	0,060	0,014
TRATAMENTO DE ÁGUA	1= SIM	-0,014	0,102
	2= NÃO	0,110	-0,814
ESGOTAMENTO SANITÁRIO	1= SIM	-0,050	0,358
	2= NÃO	0,111	-0,791
ESCOLARIDADE	1= BAIXA (ATÉ ENS. MÉDIO)	0,248	-0,029
	2= ALTA (SUPERIOR/PÓS)	-0,688	0,080
OCUPAÇÃO	1= SIM	-2,106	-1,497
	2= NÃO	0,281	0,200
TRABALHO ATUAL	1= REMUNERADO	-1,580	-1,911
	2= NÃO REMUNERADO	-3,496	0,015
	3= NUNCA TRABALHO	0,335	0,248
	4= NÃO TRABALHA ATUALMENTE	0,282	0,200
RENDA INDIVIDUAL	1= <1 SALÁRIO MÍNIMO	0,299	-0,169
	2= 1-3 SALÁRIOS	-0,566	0,188
	3= >3 – 5 SALÁRIOS	-2,663	1,866
RENDA FAMILIAR	1= <1 SALÁRIO MÍNIMO	0,375	-0,157
	2= 1-3 SALÁRIOS	-0,043	-0,254
	3= >3 – 5 SALÁRIOS	-1,770	1,527

Constatou-se, na dimensão 1, que há associação entre as categorias: sexo feminino; idade entre 20 e 39 anos; sem rua calçada, tratamento de água e esgotamento sanitário; escolaridade baixa; sem ocupação; e rendas individual e familiar abaixo de 01 salário mínimo.

Como indicaram as medidas de discriminação, a dimensão 1 é a que consegue discriminar melhor as variáveis e evidenciar as associações entre elas. O gráfico 05 apresenta, do lado esquerdo, as categorias com valores negativos e, do lado direito, com valores positivos, apontando os grupos que se relacionam.

Gráfico 05 - Associação entre categorias das variáveis sociodemográficas. João Pessoa/PB, 2013



- **Variáveis clínicas e de atendimento**

Com relação ao segundo grupo de variáveis, clínicas e de atendimento, permaneceram no modelo: internação psiquiátrica, hospital, participa de outras atividades, medicamento, outros serviços, Unidade de Saúde da Família (USF) e cuidador.

A inércia apresentada nesse modelo foi de 0,379 na dimensão 1 e 0,189 na dimensão 2, isto é, a dimensão 1 explica 66,7% da variação e a dimensão 2 explica 33,3%, com inércia total de 0,568 (tabela 25).

Tabela 25 - Análise de Correspondência Múltipla para as variáveis clínicas e de atendimento. João Pessoa/PB, 2013

DIMENSÃO	AUTOVALOR SINGULAR	INÉRCIA	% DE INÉRCIA
1	2,650	0,379	66,7
2	1,323	0,189	33,3
TOTAL	3,974	0,568	100

Já em relação às medidas de discriminação de cada variável, observamos que a dimensão 1 explica melhor as variáveis internação psiquiátrica, hospital, medicamento e USF, pois apresentam os maiores valores na dimensão 1. Já a dimensão 2 explica melhor as variáveis: outras atividades, outros serviços e cuidador. A tabela 26 apresenta essas medidas conforme as duas dimensões utilizadas neste estudo.

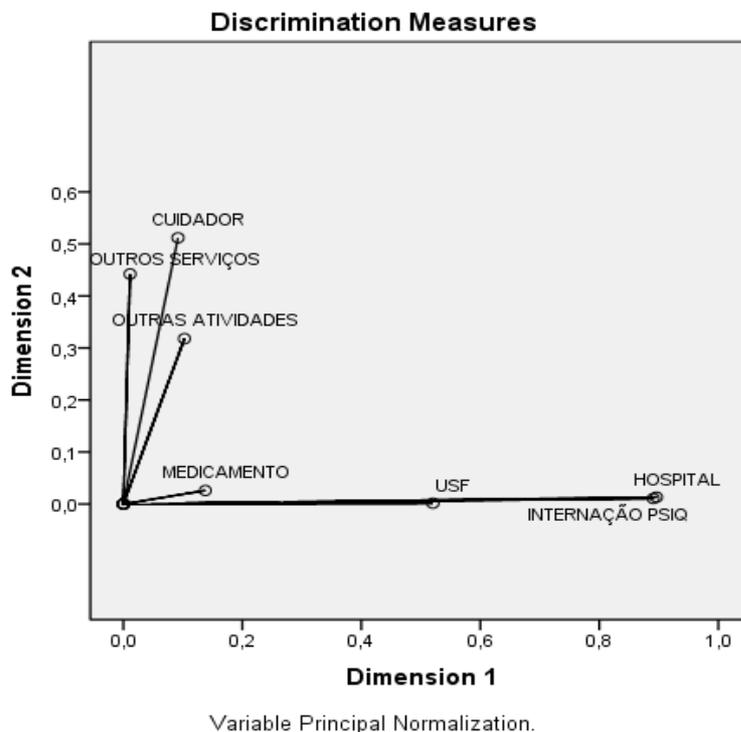
Tabela 26 - Medidas de Discriminação das variáveis clínicas e de atendimento. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEL	MEDIDAS NA DIMENSÃO		MÉDIA
	1	2	
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	0,891	0,011	0,451
HOSPITAL	0,896	0,013	0,455
OUTRAS ATIVIDADES	0,103	0,318	0,210
MEDICAMENTO	0,138	0,026	0,082
OUTROS SERVIÇOS	0,011	0,442	0,0227
USF	0,520	0,001	0,261
CUIDADOR	0,092	0,512	0,302

As variáveis que melhor discriminam o objeto em análise, por apresentarem as maiores medidas, são: hospital, internação psiquiátrica, USF e cuidador, seguidas pelas variáveis outros serviços, outras atividades e uso de medicamentos (tabela 26).

O gráfico 06 também apresenta essas medidas.

Gráfico 06 - Medidas de Discriminação das variáveis clínicas e de atendimento. João Pessoa/PB, 2013



O gráfico nos mostra a forte associação entre as variáveis USF, internação psiquiátrica e hospital, além de alguma associação da variável medicamento com esse grupo. Apresenta, também, a associação entre as variáveis cuidador, outros serviços e outras atividades.

Na quantificação das categorias das variáveis no modelo, verificou-se na dimensão 1 que há associação entre as categorias: internação psiquiátrica SIM; hospital público ou privado; não participa de outras atividades; toma medicamento(s); não frequenta outros serviços além do CAPS (sanitários ou não); não é acompanhado na USF e tem um cuidador familiar ou amigo (tabela 27).

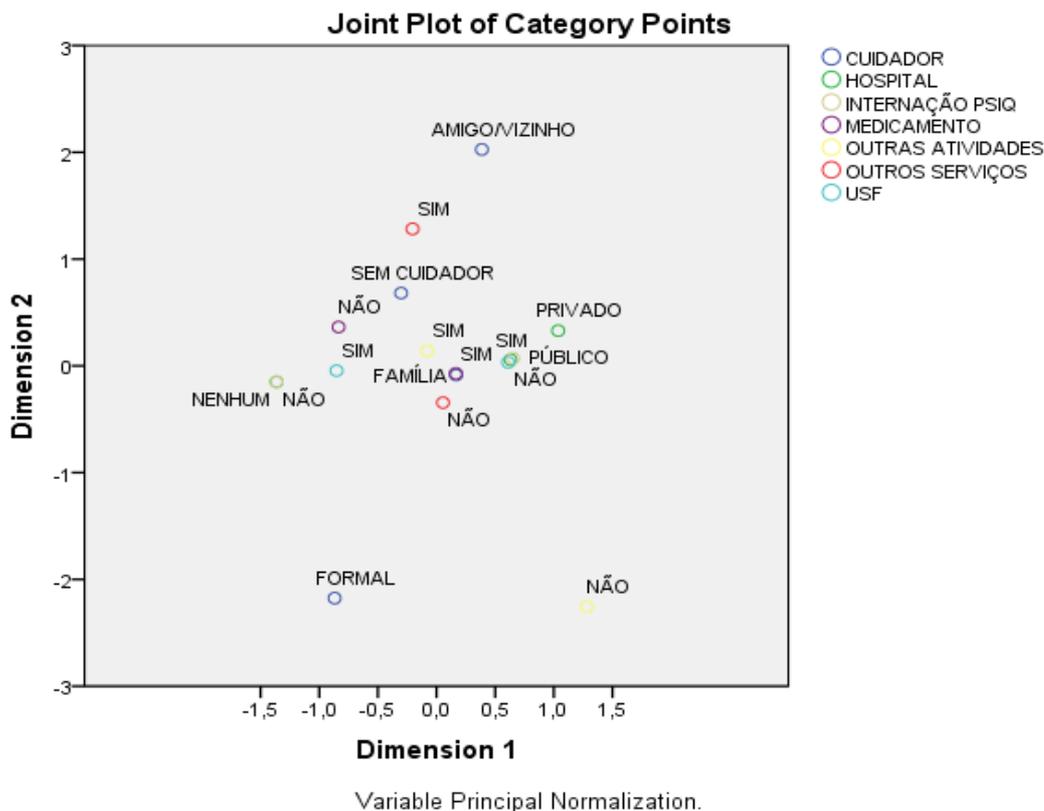
Tabela 27 - Quantificações de categorias das variáveis clínicas e de atendimento. João Pessoa/PB, 2013

VARIÁVEL	CATEGORIAS	QUANTIFICAÇÕES	
		DIM 1	DIM 2
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	1= SIM	0,653	0,071
	2= NÃO	-1,365	-0,149
HOSPITAL	1= PÚBLICO	0,631	0,057
	2= PRIVADO	1,037	0,329
	3 = NENHUM	-1,365	-0,149
OUTRAS ATIVIDADES	1= SIM	-0,080	0,141
	2= NÃO	1,281	-2,255
MEDICAMENTO	1= SIM	0,165	-0,072
	2= NÃO	-0,836	0,363
OUTROS SERVIÇOS	1= SIM	-0,205	-0,045
	2= NÃO	0,055	0,032
USF	1= SIM	-0,852	-0,045
	2= NÃO	0,611	0,032
CUIDADOR	1= FAMÍLIA	0,167	-0,086
	2= AMIGO/VIZINHO	0,386	2,027
	3 = CUIDADOR FORMAL	-0,869	-2,176
	4 = SEM CUIDADOR	-0,302	0,681

Associam-se também as seguintes categorias: internação psiquiátrica NÃO; nenhum hospital; participa de outras atividades; não toma medicamento(s); frequenta outros serviços além do CAPS (sanitários ou não); é acompanhado na USF e é cuidado por um profissional ou não tem cuidador.

Como indicaram as medidas de discriminação, a dimensão 1 é a que consegue discriminar melhor as variáveis e evidenciar as associações entre elas. O gráfico 07 apresenta, do lado esquerdo, as categorias com valores negativos e, do lado direito, com valores positivos, indicando os grupos que se relacionam.

Gráfico 07 - Associação entre categorias das variáveis clínicas e de atendimento. João Pessoa/PB, 2013



outros serviços e cuidador), foram realizadas sete etapas de retirada de variáveis não significativas, sendo selecionadas para o modelo ajustado as variáveis: internação psiquiátrica, trabalho atual e religião.

A tabela 28 apresenta essas variáveis com suas categorizações.

Tabela 28 - Categorização das variáveis do modelo ajustado

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	1 = SIM 2 = NÃO
TRABALHO	1 = REMUNERADO 2 = NÃO REMUNERADO 3 = NUNCA TRABALHOU 4 = NÃO TRABALHA ATUALMENTE
RELIGIÃO	1 = CATÓLICO 2 = EVANGÉLICO 3 = OUTROS

A tabela abaixo apresenta os coeficientes estimados das variáveis do modelo final, com seus respectivos *Odds Ratio* (OR), p-valores e intervalos de confiança (IC).

Tabela 29 - Coeficientes e p-valores das variáveis do modelo ajustado

VARIÁVEIS	COEF	OR	P-VALOR	IC (95%)
INTERCEPT	3,018	20,453	0,169	-
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	- 3,035	0,048	<0,01	0,016 – 0,148
TRABALHO (T)	- 1,288	0,276	0,028	0,087 – 0,872
RELIGIÃO	0,727	2,070	0,032	1,064 – 4,026

De acordo com o ajuste proposto para este estudo, chegou-se à seguinte equação do modelo de regressão:

$$\log \left\{ \frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right\} = 3,018 - 3,035IP - 1,288T + 0,727R$$

Onde:

IP, T e R são as representações das variáveis “internação psiquiátrica”, “trabalho” e “religião”, respectivamente, todos precedidos por seus coeficientes estimados, e $\pi(x)$ é a probabilidade de ocorrência do evento em estudo [P(Y=1)].

Para avaliação do modelo, foram observadas as estatísticas *Log Likelihood Value* (Valor da Log-verossimilhança), *Cox-Snell R Square* e *Nagelkerke R Square*.

Observa-se, na tabela 30, que o Valor da Log-verossimilhança aumentou até a etapa 7, e as medidas *Cox-Snell R Square* e *Nagelkerke R Square* apresentaram uma redução, entretanto, essas estatísticas continuaram dentro dos limites aceitáveis.

Tabela 30 - Estatísticas para avaliação do modelo

PASSO	<i>Log Likelihood Value</i>	<i>Cox-Snell R Square</i>	<i>Nagelkerke R Square</i>
1	158,995	0,345	0,465
2	159,014	0,345	0,465
3	159,074	0,345	0,464
4	159,162	0,345	0,464
5	159,445	0,344	0,463
6	161,093	0,337	0,454
7	163,305	0,329	0,442

Estes dados indicam que o modelo explica aproximadamente 45% das variações da variável dependente (acompanhamento na ESF), sendo os 55% restantes explicados por outras questões não abordadas neste estudo.

Foi aplicado, ainda, o Teste de Hosmer-Lemeshow, a fim de avaliar a bondade do ajuste, que apontou um p-valor = 0,191. Um p-valor > 0,05 indica ausência de diferença significativa na distribuição de valores efetivos e previstos do modelo, indicando assim um bom ajuste e a adequação do modelo.

O modelo inicial, apenas com a variável dependente, apresenta uma taxa de acerto de 58,2%, aumentando para 79,4% com a inclusão das variáveis independentes (internação psiquiátrica, trabalho e religião).

De acordo com os valores de *Odds Ratio* calculados, o acompanhamento na Estratégia Saúde da Família é 20,8 vezes menor entre os indivíduos que foram submetidos a internação psiquiátrica ($OR = 0,048$; $IC\ 95\% = 0,016 - 0,148$); usuários envolvidos com trabalho remunerado tem o acesso a ESF 3,6 vezes menor que aqueles que não trabalham ($OR = 0,276$; $IC\ 95\% = 0,087-0,872$). Já os indivíduos declarados católicos tem chances de acompanhamento na ESF aumentadas em 0,48 vezes, comparado com os demais ($OR = 2,07$ e $IC\ 95\% = 1,064 - 4,026$).

Portanto, o modelo nos apresenta que a chance dos usuários dos CAPS serem acompanhados na ESF diminui se eles tiverem história de internação psiquiátrica e trabalharem com remuneração e aumenta se forem católicos.

6 DISCUSSÃO

Conforme apresentado nos resultados, o modelo final de Análise de Correspondência Múltipla demonstrou associação entre as categorias: sexo feminino; idade entre 20 e 39 anos; sem rua calçada, tratamento de água e esgotamento sanitário; escolaridade baixa (fundamental ou médio); sem ocupação; nunca trabalhou ou não trabalha atualmente, e rendas individual e familiar abaixo de 01 salário mínimo, com associação entre o grupo de categorias opostas às citadas. Verificou-se também que há relação entre as categorias: não é acompanhado na USF, internação psiquiátrica SIM; hospital público ou privado (sem distinção entre os dois); não participa de outras atividades; toma medicamento(s); não frequenta outros serviços (sanitários ou não) além do CAPS e tem um cuidador familiar ou amigo.

Já o modelo de regressão logística identificou, como fatores relacionados ao acompanhamento de usuários do CAPS na Atenção Básica, duas variáveis como determinantes de risco: internação psiquiátrica e trabalho atual (nas suas categorias ter história de internação psiquiátrica e trabalhar sem remuneração, respectivamente), estão relacionadas também à AC; e a variável religião como fator de proteção (na categoria ser católico).

Neste estudo, 68% dos participantes são do sexo masculino, com apenas 32% do sexo feminino. Apesar desses percentuais, de acordo com a ACM, é o sexo feminino que apresenta associação com outras variáveis sociodemográficas, conforme o perfil apontado por vários estudos em saúde mental.

No estudo conduzido por Ansseau e colaboradores (2004), há predominância de transtornos mentais entre as mulheres, o que corrobora os resultados de Afifi (2007), que constatou que as mulheres tem mais chances de desenvolver transtornos mentais leves e moderados, situação que muda quando se trata daqueles associados ao uso de álcool e outras drogas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o sexo é um fator importante para a saúde mental, pois determina o poder e controle diferenciais que homens e mulheres tem sobre os fatores socioeconômicos de suas vidas e sua susceptibilidade e exposição a riscos específicos à saúde mental. Alguns desses transtornos mentais são predominantes em mulheres,

sendo a depressão não apenas mais comum como mais persistente no sexo feminino (WHO, 2013).

Referindo-se à idade, encontramos neste estudo que 72,4% dos entrevistados tem acima de 40 anos, entretanto, foi a faixa etária de 20 a 39 anos que apresentou maior associação com o grupo de variáveis analisado.

Maragno e colaboradores (2006) relatam que os estudos apontam resultados diversos quando se referem à idade de indivíduos em sofrimento psíquico e apresentam em seus resultados que a prevalência de transtornos mentais se mostra maior entre 45 e 54 anos, voltando a cair a partir dessa idade.

Já nas pesquisas realizadas por Coutinho, Almeida Filho e Mari (1999) e Andrade e colaboradores (1999), mostram-se menores as prevalências de transtornos mentais em pessoas acima de 44 e 60 anos, respectivamente.

A investigação demonstrou que 73,5% (n=125) tem baixa escolaridade (até o ensino fundamental) e apenas 26,5% do total (n=45) tem escolaridade alta (ensino médio ou superior). Esses resultados corroboram com o estudo realizado por Amarante, Coutinho e Silva (1999), quando foi traçado o perfil demográfico e sócio-econômico das pessoas internas nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, mostrando que dos 2968 indivíduos, cerca de 75% apresentavam baixa escolaridade.

Facury (2010) encontrou achados semelhantes em sua pesquisa com 288 sujeitos com transtorno mental acompanhados em uma USF no município de Entre Rios de Minas, observando que 79% apresentavam baixa escolaridade e 66% eram do sexo feminino.

Maragno e colaboradores (2006) identificaram em seu estudo que houve uma queda nos valores da razão de prevalência de transtornos mentais em direção a categorias de maior escolaridade, apresentando significância estatística ($p < 0,01$). Esses autores acrescentam que a escolaridade aumenta a possibilidade de escolhas na vida, além de motivar nas atitudes e comportamentos mais saudáveis através da influência na auto-estima, poder de decisão e aquisição de novos conhecimentos. Assim, as condições socioeconômicas e sua inserção na sociedade através da ocupação, trazem um impacto importante no seu papel social.

Na região de Campos Gerais/PR, apenas 14,3% dos usuários dos CAPS tinham o ensino médio completo e 1,75 o ensino superior, com uma maioria significativa de pessoas com o ensino fundamental - 49,3% (CONEGLIAN, 2011).

Segundo a OMS, múltiplos fatores, sejam eles psicológicos, biológicos ou sociais, determinam o nível de saúde mental de uma pessoa e uma situação socioeconômica desfavorável, por exemplo, é um fator de risco de sofrimento psíquico reconhecido para indivíduos e comunidades. Fatores como pobreza, baixos níveis de educação formal, exclusão social, susceptibilidade a violência e hábitos de vida não saudáveis estão claramente associados ao aparecimento de transtornos mentais (WHO, 2010).

Nesta pesquisa, verificou-se ainda que 88% dos usuários não trabalham, sendo que 79,4% já trabalharam em algum momento, demonstrando o grande prejuízo social relacionado aos problemas de saúde mental. Além disso, foi demonstrado que o fato de trabalhar com remuneração deixa o indivíduo com 3,6 vezes menos chance de ser acompanhado em uma USF do que aqueles que trabalham sem remuneração, o que reflete o perfil dos usuários que utilizam os serviços públicos no Brasil, apresentando baixa renda e pouco acesso a trabalho e educação.

Outros estudos realizados em Ribeirão Preto por Cardoso (2008) e Barbosa (2011), ambos com indivíduos em sofrimento psíquico, a maioria dos indivíduos não trabalhava e, neste último, observou-se que 57,7% dos indivíduos não exerciam nenhuma atividade laboral, sendo que cerca de 35% já haviam trabalhado, sendo afastados por suas condições de saúde e apenas 7% tinham um trabalho regular formal.

Barbosa (2011) identificou também que 73% dos indivíduos egressos de hospitais psiquiátricos que participaram da pesquisa não trabalhavam e, dos que trabalhavam, apenas 7% tinham um trabalho regular formal, o que corrobora com os dados deste estudo.

À ausência de ocupação, está associada também a baixa renda, encontrada entre a maioria das pessoas em sofrimento psíquico participantes dos estudos de Costa e Ludermir (2005) e Maragno (2006). Neste último, mais de 50% dos indivíduos com transtorno mental apresentaram renda inferior ou igual a 01 salário mínimo, acompanhando os resultados do presente estudo, que identificou rendas individual e familiar de 77,6% e 56,5%, respectivamente. Nos CAPS de Ponta Grossa/PR, 74% dos usuários apresentam renda familiar de até 03 salários mínimos e apenas 26% tem uma renda superior a esse valor (CONEGLIAN, 2011).

Silva e Fonseca (2005) afirmam que o trabalho é fundamental para a inclusão dos sujeitos no processo de produção da vida, sendo extremamente importante na construção das relações sociais. Em se tratando da saúde mental, sua ausência deixa esses indivíduos mais dependentes de seus cuidadores e dos serviços que frequentam.

Para Zanetti (2010), essa associação caracteriza, na verdade, o perfil dos usuários que utilizam os serviços públicos no Brasil, apresentando baixa renda e pouco acesso a educação formal e trabalho.

Outra variável que se apresentou relacionada com o acompanhamento em USF foi a religião, na categoria “católico” referida por 44,7% (n=76) dos usuários, que demonstrou aumentar 0,48 vezes a chance de ser atendido em uma USF.

Ao separarmos apenas aqueles 71 indivíduos que frequentam USFs, verificamos que 46 são católicos, aumentando esse percentual para 64,8%, em comparação com 21 evangélicos (29,6%) e 04 seguidores de outras religiões (5,6%), ratificando os resultados encontrados na Regressão Logística.

Um estudo que corrobora com esses resultados é o de Santos (2008), que investigou a relação entre os diferentes atores de uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Viçosa/MG, apontando que 88,3% dos indivíduos atendidos naquele serviço seguiam a religião católica. Essa situação também se repete em um estudo realizado em Brasília/DF, com 300 usuários de três USFs, quando verificou-se que 56,3% dos entrevistados eram católicos, 33% evangélicos e 10,7% de outras religiões (MEHLBERG, 2012).

Em uma análise mais detalhada, destaca-se ainda que, entre os 115 indivíduos que apresentam história de internação psiquiátrica, a maioria se declara evangélica (n=71/ 62%), com 32% (n=37) de católicos e 6% (n=7) de seguidores de outras religiões.

Redko (2000), em estudo realizado na cidade de São Paulo, acompanhou jovens em sofrimento psíquico com visitas em domicílio e nas instituições religiosas que frequentavam, observando as estratégias culturalmente estabelecidas para lidar com suas experiências, e constatou que a maior parte deles buscou auxílio em igrejas protestantes.

Outro estudo que corrobora com esses resultados é o de Baptista (2004), que investigou fatores sociodemográficos e variáveis religiosas e clínicas que se relacionassem com o sofrimento psíquico em 6.961 idosos no Rio Grande do Sul. Seus achados mostraram associação entre ser membro de uma igreja evangélica ou ser espírita e ter maior prevalência de sintomas psíquicos, o que se agravava caso eles fossem praticantes.

A maioria de indivíduos católicos, associados a uma maior chance de acompanhamento em USFs no presente estudo e nos outros citados, pode indicar um comportamento sócio-cultural.

É possível que a frequência na USF seja um hábito de um segmento social mais tradicional, assim como é a religião católica, entre pessoas em sofrimento psíquico ou não.

Os resultados deste estudo, com uma maioria de evangélicos entre as pessoas em sofrimento psíquico mais grave, podem indicar que o processo de sofrimento está ligado a outras transformações na vida desses sujeitos, como a conversão religiosa, com uma possível transição da religião mais tradicional para outras vertentes que atendam às suas novas necessidades.

Segundo Dalgalarro (2007), alguns aspectos causam bastante impacto na vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, como a própria condição de saúde, os desequilíbrios familiares e as relações sociais decorrentes dela, fazendo com que esses indivíduos procurem, no espírito comunitário e na disciplina das igrejas, um certo controle de sua vida afetiva através da religião.

Conforme Dimenstein e colaboradores (2009), a articulação entre os CAPS e as USF's é necessária para proporcionar uma atenção menos fragmentada aos usuários em sofrimento psíquico, visto que pode levar esse cuidado para a comunidade, isto é, para mais perto do usuário. Assim, a equipe de Saúde da Família representa um importante dispositivo para o cuidado integral a esses sujeitos de acordo com os pressupostos da RP.

Nunes, Jucá e Valentim (2007), em um estudo que entrevistou profissionais de ESF's na Bahia, asseveram que as ações existentes na área de saúde mental no Programa de Saúde da Família (PSF) são insipientes e, quando acontecem, requerem uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo dos sujeitos em sofrimento psíquico. Apesar da Política de Saúde Mental estimular práticas pautadas no território, um dos principais limitantes dessas ações no PSF situa-se ainda nas áreas relativa à clínica da saúde mental e aos valores que excluam esses usuários do convívio social e produziram fortes enraizamentos no imaginário coletivo, inclusive o dos cuidadores da saúde.

A investigação demonstrou que 41,8% (n= 71) são acompanhados em Unidades de Saúde da Família (USFs), variando entre 34,4% e 49,2% (IC 95%). Verificou-se ainda que 67,6% dos participantes apresentam história de internação psiquiátrica, o que diminui em 20,8 vezes a chance de frequentarem Unidades de Saúde da Família em relação aos que nunca foram internos.

Esses resultados corroboram os de um estudo realizado por Acad e colaboradores (2011) com indivíduos internos em um hospital psiquiátrico, quando, ao serem questionados sobre os serviços extra-hospitalares que frequentavam, 50% deles referiram Unidades Básicas de Saúde (UBS). É importante salientar que a UBS foi citada como local de tratamento ao qual esses

pacientes recorrem para conseguir prescrição de medicamentos, encaminhamento ao psiquiatra ou facilitar a internação hospitalar nos períodos de exacerbação dos sintomas.

O acompanhamento em uma USF pode refletir também uma parcela de indivíduos que buscam mais serviços de saúde e outras estratégias complementares de cuidado, sendo menos submetidos a internações psiquiátricas. Na coorte prospectiva realizada por Tomasi e colaboradores (2010), por exemplo, foi identificado que, em paralelo ao aumento da participação em oficinas terapêuticas e grupos de convivência, ocorreu uma diminuição de internações psiquiátricas e uso de psicofármacos.

Em relação ao cuidador, esta pesquisa identificou que 68,8% (n=117) dos usuários são cuidados por um familiar, havendo associação inversamente proporcional entre ser acompanhado na USF. Estes resultados estão em consonância com o estudo realizado por Cardoso (2008), onde foi observado que 93,8% dos usuários de um Núcleo de Saúde Mental de Ribeirão Preto, todos egressos de hospitais psiquiátricos, tem cuidadores familiares.

O mesmo resultado se repete em estudo conduzido por Coneglian (2011), com mais de 80% dos usuários do CAPS contando com os cuidados da família e apenas 2,4% sendo cuidados por pessoas sem vínculo familiar.

Para Colvero, Ide e Rolim (2004), já que as prerrogativas da RP defendem a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e o aumento de serviços substitutivos de atenção à saúde mental, a continuidade do cuidado se desloca para os domicílios, com maior responsabilização das famílias. Por esse motivo, é imprescindível que os familiares, principais cuidadores dos indivíduos em sofrimento psíquico, deixem de ser meros informantes do quadro do usuário ou executores passivos das prescrições que recebem. Para tanto, é necessário capacitação e investimento, com a inclusão dessa possibilidade nas políticas de saúde mental. Esses autores acrescentam que os familiares devem receber o suporte necessário de acordo com suas demandas específicas, levando-se em consideração suas vivências relacionadas ao convívio com o indivíduo em sofrimento psíquico.

Duarte e colaboradores (2007) afirmam que a família é o primeiro núcleo social a se mobilizar numa situação de alteração do estado de saúde e constitui um elemento fundamental no processo de recuperação das pessoas em sofrimento psíquico devendo, portanto, ser foco de acompanhamento e intervenção dos serviços de saúde mental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão central que orientou esse estudo foi sobre o que determina o acompanhamento dos usuários dos CAPS municipais de João Pessoa na Atenção Básica à saúde, mostrando baixa cobertura da ESF aos usuários dos CAPS, além da associação da falta de acompanhamento dos indivíduos em sofrimento psíquico com outros fatores, como o aumento da internação psiquiátrica.

Diante dos resultados apresentados, pode-se afirmar que as ações no sentido de ampliar o acompanhamento dos indivíduos em sofrimento psíquico na USFs precisam ser fortalecidas, compreendendo esse serviço como importante parte da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Não é de hoje a tentativa de integrar a saúde mental à prática dos profissionais de saúde, apesar dos avanços já alcançados, ainda há um longo caminho no sentido de desconstruir conceitos e práticas baseadas no isolamento e na exclusão social como formas de tratar a loucura.

A potencialização das ações em saúde mental na Atenção Básica (AB), aumentando o acesso desses sujeitos à ESF, é essencial para a efetivação das políticas públicas nessa linha de cuidado, que devem ser voltadas não apenas para a redução do número de internações, mas também para a desconstrução do processo de institucionalização desencadeado por elas e para o cuidado integral da população.

Urge a concretização das diretrizes do MS de constituir uma rede de saúde mental extra-hospitalar consistente, que seja corresponsável na construção de um trabalho focado na comunidade, a fim de superar a histórica distância entre a saúde mental e a atenção primária, ampliando a articulação da rede e o potencial dos serviços extra-hospitalares.

Ações como apoio matricial às equipes da AB para potencializar suas intervenções, sejam elas no campo da prevenção e promoção ou do tratamento, minimizando assim os encaminhamentos desnecessários a serviços de níveis mais complexos de atenção à saúde e, mais importante, ampliando as ofertas a esse público, devem ser estimuladas. Fazem-se necessários processos de sensibilização e capacitação dos profissionais, favorecendo uma atenção de qualidade, através da responsabilização das equipes e da criação de vínculo com a pessoa em sofrimento e sua família.

Assim, é preciso que sejam garantidos espaços ao usuário em sofrimento psíquico em outros serviços de base comunitária que não apenas os CAPS, de maneira que ele seja visto para além de uma doença mental, mas enquanto um ser social com necessidades de saúde diversas e que, portanto, precisa de um cuidado integral.

Outras iniciativas envolvendo áreas como educação, cultura, lazer devem ser incluídas em um planejamento voltado para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes em sofrimento psíquico. Estudos que avaliem estes aspectos, como também outros não abordados nesta pesquisa, devem ser estimulados a fim de suscitar novas reflexões e favorecer o processo de tomada de decisões na saúde mental.

Dessa forma, é perceptível a necessidade de tomada de decisão em alguns aspectos, como a real reinserção desses sujeitos na sociedade, através de parcerias com os diversos setores, sanitários e não sanitários, a fim de promover um maior acesso à educação, com impacto na escolaridade dessas pessoas, além de ampliar seu acesso aos cursos técnicos, de nível superior e programas de empregabilidade e geração de renda, como meio de facilitar a auto-estima e a independência através do trabalho.

É preciso ampliar a articulação da rede de saúde mental com outros equipamentos que permitam que os indivíduos em sofrimento psíquico se desloquem de espaços tradicionalmente institucionalizados e se insiram nos mais diversos ambientes sociais, em uma tentativa de adentrar, de fato, na sociedade e também conseguir que esta mude a sua mentalidade em torno do 'doente mental'.

Além disso, vale destacar a importância da família no cuidado em saúde mental, posto que ela partilha a experiência do sofrimento psíquico com o paciente e, especialmente pelos princípios que norteiam a RP, que propõem deslocar o cuidado desse indivíduo da instituição para o núcleo familiar, faz-se necessário promover um maior acompanhamento, com visitas, capacitações, orientações e investimentos que deem suporte a essa família. Assim como o paciente, a família carece de apoio para se (re) inserir na sociedade, que a exclui por diversos motivos, e a sociedade precisa ser igualmente preparada e conscientizada para recebê-la.

Nesse sentido, é importante investir também na formação dos trabalhadores da saúde, tanto acadêmica quanto na educação permanente, promovendo para esses profissionais capacitações, apoio e supervisão, com vistas a ressignificar a saúde/doença e suas práticas relacionadas.

Se os sujeitos envolvidos na transformação requerida pela RP a considerarem uma reorganização dos serviços, esse processo pode constituir uma simples modernização das práticas terapêuticas. Logo, os CAPS não podem ser considerados como uma alternativa ao hospital psiquiátrico, ou um meio de evitar a internação psiquiátrica e sua reincidência simplesmente, pois isso seria desvirtuar e minimizar suas possibilidades.

É imprescindível que os CAPS, serviços centrais na rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, abram suas portas para a comunidade e para o território em seu sentido mais vivo, transformando a lógica do modelo asilar, construindo novas práticas de atuação e evitando a apropriação do sofrimento psíquico pela medicina. Esses dispositivos precisam, portanto, ser utilizados para o desenvolvimento de práticas mais participativas e democráticas, com trabalho em equipe, em uma perspectiva antagônica ao modelo de atendimento centrado nos especialismos, que adota uma lógica de saúde fragmentada e distante da realidade da vida dos sujeitos.

Percebe-se que a linha de cuidado em saúde mental precisa ser ininterrupta, de base comunitária e com envolvimento de todos os setores possíveis para que ela possa alcançar o seu objetivo: mudar a concepção de que o lugar social para a loucura é o hospício e, principalmente, (re) inserir as pessoas em sofrimento psíquico no convívio social, na vida como ela é, e não em uma estratificação assistencialista e limitada da sociedade.

Logo, a proposta de investigar os fatores associados com a utilização da Atenção Básica por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de João Pessoa, com a análise do perfil desses indivíduos e a determinação de alguns fatores sobre esse acompanhamento, foi apresentada na perspectiva de suscitar a reflexão sobre sua importância e subsidiar o processo de tomada de decisão no município.

Esperamos que este estudo possa facilitar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde mental, contribuindo para a gestão em saúde e, conseqüentemente, para a consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica em João Pessoa.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M.N.S.; SIQUEIRA, A.L.; CAIAFFA, W.T. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. *Ver. Saúde Pública*; 43(1): 183-94, 2009.
- ACAD, C.R.J. **Tratamento da pessoa com transtorno mental em face da Reforma Psiquiátrica Brasileira**: percepções dos familiares. *Colomb Med*. 2011; 42 (Supl 1): 63-9.
- AFIFI, M. **Gender differences in mental health**. *Cingapore Med J*. 2007; n.48.
- AMARANTE, P.D.de.C.; COUTINHO, E.da S.F.; SILVA, J.P.L.da S. **Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(3): 505-511, jul-set, 1999.
- AMARANTE, P.D.de.C.; CRUZ, L.B (Org). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, P.D.de.C. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed.Rev.Amp. 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- AMARANTE, P.D.de.C. **O homem e a serpente**. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a.
- AMARANTE, P.D.de.C; PANDE, M.N.R. **Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos**: a nova cronicidade em questão. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.4, pp. 2067-2076. ISSN 1413-8123.
- AMARANTE, P.D.de.C. (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010a.
- AMARANTE, P.D.de.C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2.ed.1ªreimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010b.
- AMARANTE, P.D.de.C. **Saúde Mental, políticas e instituições**: bases conceituais e históricas do campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ANDRADE L.H.S.G., et al. **Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da Cidade de São Paulo, Brasil**. *Rev Psiq Clín* 1999; 26(5).
- ANSSEAU, M. et al. **High prevalence of mental disorders in primary care**. *Journal of Affective Disorders*. 2004; 78(1):49-55.
- ARANGO, H.G. **Bioestatística**: teórica e computacional. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BAPTISTA, A.S.D. **Estudo sobre as práticas religiosas e sua relação com a saúde mental:** um estudo na comunidade. Tese (doutorado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Unifesp, 2004.

BARBOSA, M.M. **Sobrecarga do cuidado em famílias de egressos de internação psiquiátrica:** análise nos três meses após a alta hospitalar. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2011.

BARROS, D.D. **Cidadania versus periculosidade social:** a desinstitucionalização como desconstrução do saber. IN: AMARANTE, P.(org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

BARROS, R. B. de. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais.** In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 196-206.

BASAGLIA, F. **A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização.** IN: AMARANTE, P.(ORG). Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Gramond, 2005.

BENZÉCRI, J.P. **Correspondence analysis handbook.** Statistics: Textbooks and Monographs. New York, Marcel Decker, 1992.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. **O CAPS no processo do matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica.** Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO - resumo ISSN 1981-4321. Rio de Janeiro, 2007.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. **Os CAPS e o trabalho em rede:** tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. cienc. prof.* v.28 n.3 Brasília set. 2008.

BINOTTO, A.L.; et al. **Interface saúde da família & saúde mental:** uma estratégia para o cuidador. *Rev bras med fam comunidade.* Florianópolis, 2012, Abr.-Jun.; 7(23).

BRASIL. Ministério da Saúde. **CAPS.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 09/06/2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília, DF: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Release da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2010a.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 7.** IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Ano V, nº 7, junho de 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 8.** Ano VI, nº 8, janeiro de 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 9.** Ano VI, nº 9, julho de 2011d.

CARDOSO, L. **Egressos de internação psiquiátrica - um olhar sobre o paciente e seu familiar cuidador.** Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2008.

CARVALHO, J.R.P.; VIEIRA, S.R.; MORAN, R.C.C.P. **Análise de Correspondência:** uma ferramenta útil na interpretação de mapas de produtividade. R. Bras. Ci. Solo, 26:435-443, 2002.

CLAUSEN, S.E. **Applied correspondence analysis: an introduction:** Quantitative Applications in the Social Sciences. Thousand Oaks, CA: Sage University Papers Series; 1998.

COIMBRA, V.C.C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia Saúde da Família.** Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2007.

COLVERO, L.de A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. **Família e doença mental:** a difícil convivência com a diferença. Rev. Esc. Enferm. USP, 2004; 38(2):197-205.

CONEGLIAN, L.A.G. **Além da remissão dos sintomas?** Reforma Psiquiátrica e CAPS na região dos Campos Gerais/PR. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR. 2011.

CORRAR, L.J; PAULO, E; DIAS FILHO, J.M. **Análise multivariada: para cursos de administração, ciências contábeis e economia.** FIPECAFI – Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras; São Paulo: Atlas, 2009.

COSTA, A.G. DA; LUDERMIR, A.B. **Transtornos mentais comuns e apoio social:** estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2005.

COUTINHO, E.S.F., ALMEIDA FILHO, N., MARI, J.J. **Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor:** resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. Rev Psiq Clín 1999; 26(5).

DATASUS. **Internações Hospitalares do SUS por local de internação.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 13/01/2012.

DALGALARRONDO, P. **Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais.** Rev. Psiq. Clín. 34, supl. 1; 25-33, 2007.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 1.ed. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

JOÃO PESSOA, Secretaria Municipal de Saúde de. **Relatório anual de gestão de 2012**. João Pessoa: janeiro de 2013.

DIMENSTEIN, M. et al. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental**. *Saúde e sociedade*. São Paulo, vol. 18, n. 1, 2009.

DUARTE, M.de.L.C. et al. **Diferentes abordagens à família em saúde mental presentes na produção científica da área**. *REME – Rev. Min. Enf.*; 11(1): 61-65, jan/mar, 2007.

FACURY, A.P.M. **A Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família Dr Roberto Andrés – Entre Rios de Minas**. Monografia (especialização). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG. 2010.

FREITAS, H.M.R. de; CUNHA JÚNIOR, M.V.M. da. **Análise Multidimensional de Dados Categóricos**: a aplicação das Análises de Correspondência Simples e Múltipla em marketing e sua integração com técnicas de análise de dados quantitativos. *Rev.Adm.USP*. Vol.35. Num.1 jan/mar.2000.

GAUVREAU, K; PAGANO, M. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

GREENACRE, M. J. **Correspondence Analysis in Practice**. 2 ed. Chapman & Hall/CRC, 2007.

GREENACRE, M.J. **Practical Correspondence Analysis**. In: BARNETT, V. **Looking at Multivariate Data**. New York: J. Wiley & Sons; 1981.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 8.ed. Editora Perspectiva: São Paulo, 2007.

GUEDES, C.R.; PITOMBO, L.B.; BARROS, M.E.B.de; **Os processos de formação na Política Nacional de Humanização**: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Physis*. vol.19. nº4. Rio de Janeiro, 2009.

HAIR JÚNIOR, J.F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6 ed.1.reimp. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HARTZ, Z.M.D.A.; SILVA, L.M.V.D. **Avaliação em Saúde dos Modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.207-253.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 14, n. 1, 2009.

HOSMER, D; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. 2.ed. Manhattan: John Wiley & Sons, 2004. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books>>. Acesso em: 29/11/2011.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Censo 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/censo2010>. Acesso em: 18/03/12.

JUNQUEIRA, M.A. de B. PILLON, S.C. **A Assistência Em Saúde Mental Na Estratégia Saúde Da Família: Uma Revisão De Literatura**. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011 abr/jun; 1(2):260-267.

KIRCHHOF, A.L.C. **Coleta de dados: uma experiência para o ensino e a pesquisa**. Cogitare Enferm. Jul/Set; 14(3): 575-8, 2009.

KNOP, M.N.H. **A escolha do curso superior dos vestibulandos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: um estudo quantitativo com utilização de análise de Correspondência Múltipla**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRS, 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LUCCHESI, R.; et al. **Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária**. Cad. Saúde Pública 2009;25(9):2033-42.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. **A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 14, n.1, 2009.

MACHADO, A.P.C.; MOCINHO, R.R. **Saúde Mental: um desafio no Programa Saúde Da Família**. BOLETIM DA SAÚDE, Vol 17. Num 2. JUL./DEZ. Porto Alegre, 2003.

MANGABEIRA, J.A.C., **Tipificação de produtores rurais apoiada em imagens de alta resolução espacial, geoprocessamento e estatística multivariada: uma proposta metodológica**. Dissertação (mestrado). UNICAMP, São Paulo, 2002.

MARAGNO, L; et al. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública vol.22 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2006.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas S.S., 2008.

MÂNGIA, E. F. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 24, n. 3, 2008.

MEDEIROS EN, FERREIRA FILHA MO, VIANNA RPT. **Epidemiology of mental health and insanity: a review of literature**. Online Braz J Nurs. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/138/39>.

MEDRONHO, A.M. et al. **Epidemiologia**. 2 ed. - São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

- MEHLBERG, F.A.F. et al. **Fatores de satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família.** Acta de Ciências e Saúde. Distrito Federal, vol.1, n.1. 2012.
- MONTEIRO, C.F. DE S.; et al. **Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí.** Esc. Anna Nery vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011.
- MOTA, J.C da; VASCONCELOS, A.G.G.; ASSIS, S.G. de. **Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado.** Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.3 Rio de Janeiro May/June, 2007.
- MUNARI, D.B. **Saúde Mental no contexto da atenção básica:** potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(3):784-95.
- NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família:** confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, vol. 23, n. 10. 2007.
- OLIVEIRA, A. G. B. de.; ALESSI, N. P. **Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica.** *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, vol. 10, n.1, 2005.
- OLIVEIRA, W.F; MARTINHAGO, F.; MORAES, R.S.A.M. **Entendendo a Reforma Psiquiátrica:** a construção da rede de atenção à saúde mental. Florianópolis: ABTASME/UFSC, 2009.
- PARRA FILHO, D.; SANTOS, J.A. **Metodologia Científica.** 6.ed. São Paulo: Futura, 2003.
- PASSOS, I.C.F. **Reforma psiquiátrica:** as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PAULA, G.A. **Modelos de Regressão com apoio computacional.** São Paulo: IME USP, 2010.
- PENHA, R. N. **Um estudo sobre regressão logística binária.** Universidade Federal de Itajubá, 2002. Disponível em: <<http://www.epr.unifei.edu.br/TD/produção2002/PDF/Renata.PDF>>. Acesso em: 09/072011.
- PRADO, M.V.B. **Métodos de Análise de Correspondência Múltipla:** estudo de caso aplicado á avaliação da qualidade do café. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Lavras/UFL, 2012.
- REDKO, C. **Fighting against the “evil”:** religious and cultural construction of the first psychotic experience of young people living in São Paulo, Brazil. Tese (Pós-doutorado). Universidade McGill, Canadá, 2000.
- REINALDO, A.M.dos S. **Saúde mental na Atenção Básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 mar; 12 (1): 173 – 8.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. DE.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, E.B. DOS **Usuários, Agentes Comunitários e Redes de Interação: características, representações e dinâmicas na prática do PSF AMORAS, Viçosa/MG**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais, 2008.

SES (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE). **Rede de Saúde Mental**. João Pessoa – Paraíba, 2011.

SILVA, A.L.A.E; FONSECA, R.M.G.S. **Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial**. Rev. Latino-am Enfermagem, 2005, maio-junho; 13(3): 441-9.

SILVA, A.T.M.C. **A reforma psiquiátrica em João Pessoa- PB: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental**. São Paulo. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo. 2003. 180p.

SILVA, R.N. da.; et al. **Repercussões da inclusão da saúde mental no PSF: estudo comparativo em Serviços da Atenção Básica no Rio Grande do Norte e no Rio Grande do Sul**. Estudos e pesquisas em Psicologia. Vol10. Num 01. ISSN: 1808-4281. Rio de Janeiro, 2010.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. **Saúde mental e Atenção Básica em saúde: análise de uma experiência no nível local**. Ciênc. saúde coletiva 2009.14(1):139-48.

SOUZA, A.C.; BASTOS, R.R.; VIEIRA, M.de T. **Análise de Correspondência Simples e Múltipla para Dados Amostrais Complexos**. 19º SINAPE: São Pedro/SP, 2010.

SOUZA, E.C. **Análise da influência local no modelo de regressão logística**. Dissertação (mestrado) - Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”. Universidade de São Paulo. Piracicaba, São Paulo, 2006.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, O.L. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(2):477-486, 2009.

TOMASI, E., et al. **Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada**. Cad. Saúde Pública vol.26 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2010.

TRIOLA, M.F. **Introdução à estatística**. 9.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

TSUCHIYA, I. **Regressão Logística aplicada na análise espacial de dados arqueológicos**. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual Paulista. São Paulo, 2002.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. **Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na Atenção Básica: aportes para a implementação de ações**. *Interface – Comunicação, Saúde. Educação*. Botucatu, vol. 13, n. 28, 2009.

VECCHIA, M. **A saúde mental no Programa de Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2006.

WANGENHEIM, A., **Técnicas estatísticas para reconhecimento de padrões.** Disponível em < <http://www.inf.ufsc.br/~patrec/estatisticas.html> > Acesso em: 11/05/2013.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Gender and women's mental health.** Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/ > Acesso em: 11/05/2013.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Mental health: strengthening our response.** N° 220. Setembro, 2010.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C.M. **O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica.** *Physis*. Rio de Janeiro, vol. 18, n.2, 2008.

ZANETTI, A.C.G. **Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do Family Questionnaire (FQ) para avaliação do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia.** Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2010.

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa intitula-se “*Identificação dos fatores relacionados com o acompanhamento dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial nas unidades básicas de saúde em João Pessoa – PB*”, e está sendo desenvolvida por Juliana Nunes Abath Cananéa. A pesquisadora é fisioterapeuta, professora do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, mestranda em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sob orientação dos Prof^s Dr^s Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna e João Agnaldo do Nascimento.

Os objetivos da pesquisa são analisar o acompanhamento dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS municipais de João Pessoa no nível primário de atenção à saúde, verificar aspectos clínicos e de atendimento em usuários acompanhados nos CAPS de João Pessoa, identificar os fatores relacionados com o acompanhamento na Estratégia Saúde da Família de usuários dos CAPS do município, além de produzir, a partir dos dados, informações para auxiliar o processo de Tomada de Decisão em saúde mental no município, na perspectiva de proporcionar uma atenção integral aos indivíduos em sofrimento psíquico.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou desistir a qualquer momento, você não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá mudanças na assistência que vem recebendo no Centro serviço. Não há, ainda, nenhum risco previsto em sua participação no estudo. Para o desenvolvimento desta pesquisa, será aplicado um questionário, na presença de seu acompanhante/ responsável legal.

Solicito sua permissão para apresentar este estudo em eventos e publicações científicas. Será garantida a privacidade e o completo sigilo do seu nome na publicação dos dados e informações fornecidas, o que sempre ocorrerá com propósitos científicos.

A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____,
declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da
pesquisa e para publicação dos resultados.

João Pessoa, ____/____/2011.

Assinatura do participante.



Impressão digital

Assinatura do responsável legal.



Impressão digital

Assinatura do pesquisador.

Endereço da pesquisadora (trabalho): UNIPÊ, BR 230, S/N – Água Fria.

Telefone: 2106-9273/ 88812520

e-mail: ju_cananea@hotmail.com

Apêndice B - Ficha de Dados Institucionais

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
NÚMERO DO REGISTRO	
IDADE	
SEXO	
BAIRRO ONDE RESIDE	
DISTRITO SANITÁRIO	I () II () III () IV () V ()
ASPECTOS CLÍNICOS E DE ATENDIMENTO	
ACOMPANHAMENTO EM QUAL SERVIÇO SUBSTITUTIVO NO MOMENTO?	CAPS GUTEMBERG BOTELHO () CAPS CAMINHAR () CAPS DAVID CAPISTRANO FILHO ()
TEMPO DE ACOMPANHAMENTO NO CAPS	DATA DE ADMISSÃO: _____
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	SIM () NÃO ()
NÚMERO DE INTERNAÇÕES (ESPECIFICAR HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS)	ANO: _____ HOSPITAL: _____ ANO: _____ HOSPITAL: _____ ANO: _____ HOSPITAL: _____ ANO: _____ HOSPITAL: _____ _____ _____ _____
SINTOMATOLOGIA NO MOMENTO DA(S) INTERNAÇÃO(ÇÕES)	_____ _____ _____ _____

Apêndice C - Questionário

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
NÚMERO DO REGISTRO	
CONDIÇÕES DE MORADIA: Nº CÔMODOS _____ Nº PESSOAS _____ RUA CALÇADA TRATAMENTO DE ÁGUA TRATAMENTO DE ESGOTO COLETA DE LIXO	SIM () NÃO () SIM () NÃO () SIM () NÃO () SIM () NÃO ()
ALFABETIZADO	SIM () NÃO ()
ESCOLARIDADE	FUNDAMENTAL: () COMPLETO () INCOMPLETO MÉDIO: () COMPLETO () INCOMPLETO SUPERIOR: () COMPLETO () INCOMPLETO
PROFISSÃO	
OCUPAÇÃO	SIM () _____ NÃO () _____
TRABALHO ATUAL	SIM: REMUNERADO () NÃO REMUNERADO () FUNÇÃO: _____
	NUNCA TRABALHOU () NÃO, MAS JÁ TRABALHOU () _____
RENDA INDIVIDUAL	() 0 A 1 SALÁRIO MÍNIMO () 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS () 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS () MAIS DE CINCO SALÁRIOS MÍNIMOS
RENDA FAMILIAR	() 0 A 1 SALÁRIO MÍNIMO () 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS () 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS () MAIS DE CINCO SALÁRIOS MÍNIMOS
ATIVIDADES DE LAZER FREQUENTES (CULTURA, ESPORTE, PASSEIOS EM PRAÇAS, PRAIAS, VISITAS A CASAS DE AMIGOS E PARENTES)	ATIVIDADE: _____ FREQUÊNCIA: _____ _____ _____ _____
RELIGIÃO	PRATICANTE () NÃO PRATICANTE ()
ASPECTOS CLÍNICOS E DE ATENDIMENTO	
HISTÓRIA DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	SIM () NÃO ()
RAZÃO PELA QUAL FOI INTERNO	_____ _____ _____
SINTOMATOLOGIA NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO	_____ _____ _____

FAZ USO DE MEDICAÇÃO	SIM () _____ NÃO () POR QUÊ? _____ _____
TEM TOMADO REGULARMENTE	SIM () _____ NÃO () POR QUÊ? _____ _____
QUANTAS VEZES POR SEMANA VAI AO CAPS?	() 01 () 04 () 02 () 05 () 03 () _____
DE QUE ATIVIDADES VOCÊ PARTICIPA NO CAPS?	_____ _____ _____
ACOMPANHAMENTO POR UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	SIM () _____ NÃO () POR QUÊ? _____ _____
REGULARIDADE DO ACOMPANHAMENTO NA USF	ANUAL () SEMESTRAL () TRIMESTRAL () MENSAL () SEMANAL () OUTRO _____
EXISTEM OUTROS SERVIÇOS QUE POSSAM ATENDER SUAS NECESSIDADES?	SIM () QUAIS VOCÊ JÁ PROCUROU? _____ _____
QUEM CUIDA DE VOCÊ QUANDO NECESSITA DE CUIDADOS EM CASA?	NÃO () _____ _____
COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TEM CONTATO COM O CUIDADOR?	SEMPRE () ÀS VEZES () DIFICILMENTE () QUEM? _____ NUNCA () _____ _____

Anexo A – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – UNIPÊ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CEP/UNIPÊ**

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa – CEP/UNIPÊ, em sua 35ª Reunião Ordinária realizada em 15.02.2011, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos, aprovou o parecer referente ao Projeto de Pesquisa **“Determinantes da institucionalização e usuários com transtorno mental em João Pessoa – PB: analisando a reforma psiquiátrica”** da pesquisadora responsável Juliana Nunes Abath Cananéa.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/UNIPÊ o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 16 de Fevereiro de 2011.


Urânia Cátão Maribondo Prindade
Vice-Coordenadora do CEP/UNIPÊ