



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

CHRIS STEFANNY DA SILVA

**PERFIL E DEMANDAS DOS USUÁRIOS DO GRUPO DE SAÚDE MENTAL DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO ROCHA CAVALCANTE -
CAMPINA GRANDE/PB**

CAMPINA GRANDE – PB

2011

CHRIS STEFANNY DA SILVA

**PERFIL E DEMANDAS DOS USUÁRIOS DO GRUPO DE SAÚDE MENTAL DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO ROCHA CAVALCANTE -
CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Lúcia Maria Patriota

CAMPINA GRANDE-PB

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA1 – UEPB

S586p Silva, Chris Stefanny da.
Perfil e demandas dos usuários do grupo de saúde mental da
Unidade Básica de Saúde da Família do Rocha Cavalcante –
Campina Grande/PB./ Chris Stefanny da Silva. – 2011.

31 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais e Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Lúcia Maria Patriota, Departamento de
Serviço Social”.

1. Atenção básica. 2. Saúde mental. 3. ESF. I. Título.

21. ed. CDD 361.1

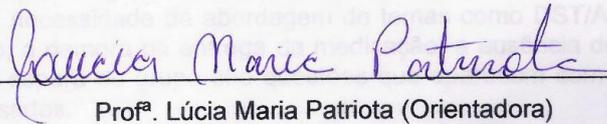
PERFIL E DEMANDAS DOS USUÁRIOS DO GRUPO DE SAÚDE MENTAL
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO ROCHA CAVALCANTE -
CAMPINA GRANDE/PB

**PERFIL E DEMANDAS DOS USUÁRIOS DO GRUPO DE SAÚDE MENTAL
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO ROCHA CAVALCANTE -
CAMPINA GRANDE/PB**

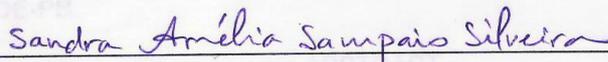
Nota: 10,0

Aprovado em: 20/06/11

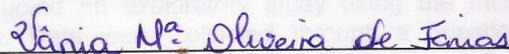
Banca Examinadora



Profª. Lúcia Maria Patriota (Orientadora)
Departamento de Serviço Social



Sandra Amélia Sampaio Silveira (Examinadora)
Departamento de Serviço Social



Vânia Maria Oliveira de Farias (Examinadora)
Estratégia Saúde da Família

CAMPINA GRANDE – PB

2011

PERFIL E DEMANDAS DOS USUÁRIOS DO GRUPO DE SAÚDE MENTAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO ROCHA CAVALCANTE - CAMPINA GRANDE/PB

RESUMO

O trabalho que ora se apresenta é resultado de uma pesquisa realizada na UBSF do Rocha Cavalcante referente ao Estágio Curricular em Serviço Social. Durante a citada experiência elaboramos um projeto de pesquisa que teve por objetivo traçar o perfil do Grupo de Saúde Mental, bem como identificar suas demandas de forma a direcionar futuras ações. Para isto, realizamos um estudo exploratório, com método de abordagem crítico dialético. Os dados foram coletados através de um questionário e submetidos à análise de conteúdo. Identificamos um grupo com faixa etária entre 20 e 79 anos, com prevalência de mulheres donas de casa. A maioria dos pesquisados são escolarizados, tendo sido identificado que 55 % possuem sete anos de estudo ou mais. Verificamos que a participação no Grupo de Saúde Mental dar-se pelo uso do psicotrópico, sendo este o critério para fazer parte do mesmo, assim como o único motivo atribuído pelos usuários a fazer parte do grupo. Os pesquisados apresentaram em média 15 anos de uso de psicotrópico. As demandas que surgiram referem-se aos Cuidados e a Organização dos serviços. A necessidade de abordagem de temas como DST/AIDS, estigma e preconceito, a demora na entrega da medicação, a ausência de planejamento da sala de espera do grupo são questões que aparecem com ênfase na fala dos pesquisados.

Palavras - chaves: Atenção Básica. Saúde Mental. ESF.

PROFILE AND DEMANDS OF THE GROUP OF MENTAL HEALTH FROM UNIT OF FAMILY HEALTH OF ROCHA CAVALCANTE, CAMPINA GRANDE-PB.

ABSTRACT

The work presented here is the result of training curricular experience in the course of Social Service held at UBSF from Rocha Cavalcante. During that experience we developed a research project which aimed to profile the Group of Mental Health and identify their needs in order to direct future actions. For this, we conducted an exploratory study using the method of dialectical critical approach. Data were collected through a questionnaire and subjected to content analysis. We identified a group with age between 20 and 79, with a prevalence of female homemakers. Most of the respondents are educated and have been identified that 55% have seven or more years of study. We note that participation in the Group of Mental Health takes place through the use of psychotropic and such criterion is the only reason assigned by users to join the group. Respondents had an average of 15 years of use of psychotropic. The demands that have arisen talk about the care and service organization. The need to approach issues such as STD / AIDS, stigma and prejudice, the delay in delivery of medication, lack of planning in the waiting room of the group are issues that constantly appear in the speech of those respondents.

Key-words: Primary Care. Mental Health. FHS.

SUMÁRIO

Introdução

1 - O Processo de Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil.....	03
2- Atenção Básica e Saúde Mental.....	07
3- Resultados e Pesquisa.....	13
3.1- Contextualizando o lócus da pesquisa.....	13
3.2-O Perfil e Demanda dos usuários do grupo de Saúde Mental.....	14
Considerações Finais.....	22
Referências Bibliográficas.....	23

Anexos

INTRODUÇÃO

O Movimento de reforma psiquiátrica emerge em defesa dos direitos das pessoas consideradas loucas que viviam em precárias situações e vivenciavam constantemente situações de violência em hospitais psiquiátricos. Esse processo iniciou-se na década de 70, partindo do conceito de desinstitucionalização proposto por Franco Rotelli. Faziam parte deste movimento, trabalhadores de saúde mental, movimentos sociais e familiares das pessoas em sofrimento psíquico, dentre outros que visavam uma rede de serviços substitutivos ao modelo tradicional de tratamento para os asilados.

Neste sentido foi pensada uma rede de serviços que tivesse em sua estrutura uma assistência que perpassasse o próprio território do sujeito, permitindo que o mesmo se inserisse e que fossem resgatados os laços sociais com familiares e comunidade. Esta rede foi pensada tendo como ferramenta importante a atenção básica que assume a responsabilização pela comunidade e estabelece vínculos com as famílias que são atendidas pelas equipes de profissionais.

Dentro deste contexto temos a Estratégia Saúde da Família que tem um papel primordial neste sentido, pois adota um conceito de saúde ampliado, com bases sanitárias que estabelece forte ligação com os princípios da reforma psiquiátrica.

Nossa pesquisa foi desenvolvida em um destes espaços, na Unidade Básica Saúde da Família Ana Amélia Vilar, no Bairro do Rocha Cavalcante, no Município de Campina Grande-PB. O Bairro onde se localiza a UBSF fica na Zona Sul de Campina Grande e encontra-se no interior do Bairro Três Irmãs, fazendo divisa com os bairros das Malvinas, Serrotão, Presidente Médici, Santa Cruz e Acácio de Figueiredo (SEPLAN, 2010).

No Bairro habitam 9.226 pessoas, destas 4.457 homens e 4.759 mulheres segundo SEPLAN (2008), 85% da população é alfabetizada e a maioria das famílias possui renda fixa de mais ou menos um salário ao mês.

Na Unidade existe um grupo de saúde mental, composto por moradores atendidos pelas equipes I e II, com 176 usuários que vão uma vez ao mês receber a medicação, e participar da atividade terapêutica atualmente desenvolvida pela psicóloga do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF).

O objetivo da nossa pesquisa foi traçar um perfil sociodemográfico dos usuários que participam do grupo de saúde mental, além de identificar as demandas destes que são atendidos pelas equipes I e equipe II da UBSF. Para isto, realizamos um estudo exploratório, com método de abordagem crítico dialético que nos permitiu maior proximidade com a problemática e com nosso objeto de estudo. Os dados foram coletados através de um questionário e submetidos à análise de conteúdo.

Durante o período de estágio supervisionado em serviço social, desenvolvido na referida UBSF percebemos o número crescente de usuários que procuravam a unidade para fazer uso do psicotrópico. Porém, ao procurar conhecer quem eram esses usuários, observamos que os dados existentes na Unidade não davam conta de entender esse universo. Diante disto, pretendemos com a realização desta pesquisa, contribuir com propostas de trabalho adequadas as demandas do grupo.

Neste sentido, buscamos no presente artigo contextualizar a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil a partir da emergência de novos movimentos sociais e novos atores sociais que passaram a se interessarem por esses sujeitos a exemplo do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que passam a discutir a questão da desinstitucionalização e a não violação dos direitos das pessoas que viviam hospitalizadas em manicômios, bem como, abordaremos a saúde mental na atenção básica especificamente na ESF que se apresenta como porta de entrada e tem um papel central no enfrentamento desses agravos, visando entender a realidade dos usuários do grupo de saúde mental, para desenvolver ações que efetivem o direcionamento do Ministério da Saúde na atenção básica.

1 - O Processo de Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil emerge em meados da década de 1970, acompanhado pelas mudanças na Política de Saúde que tinha como objetivo a transformação estrutural na área da saúde. Tal movimento vem em defesa dos direitos das pessoas consideradas loucas que se encontravam segregadas e inseridas no modelo manicomial.

Esse processo tem como marco a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, em 1978, quando profissionais de unidades do DINSAM iniciam uma série de denúncias relacionada às precárias condições de trabalho, reivindicando mudanças de ordem salarial, férias, curso de formação para profissionais, realização de concursos públicos, dentre outros. Para Amarante (1995, p. 52):

Assim nasce o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

O MTSM ganha força se articulando com outros movimentos sociais, sindicatos de outras categorias profissionais e passam a encaminhar propostas de mudanças nas Unidades Psiquiátricas Públicas. Este passa a ser o primeiro movimento a questionar o modelo tradicional de lidar com as pessoas em sofrimento mental no Brasil, centrado na hospitalização dos pacientes, na segregação e, conseqüentemente, na exclusão dessas pessoas da sociedade.

O conceito de desinstitucionalização, conceito básico da reforma psiquiátrica italiana, passa a influenciar as ações do movimento reformista brasileiro. Segundo Rosa (2008, p.66) tal conceito:

Surge na Itália com a experiência de Basaglia, no hospital psiquiátrico de Gorizia, e se aprofunda com a aprovação da Lei n° 180, em 1978. Promove uma ruptura com o paradigma clínico psiquiátrico, ao desconstruir os aparatos científicos, legislativos, administrativo e entender o manicômio como uma instituição de violência [...] desloca o objeto da psiquiatria da doença mental para "existência sofrimento" do sujeito enfermo.

Em 1986 sucede a 8ª Conferência Nacional de Saúde com enorme participação popular, direcionando mudanças estruturais na Política de Saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e que tem como desdobramento, propostas de conferências em áreas específicas, a exemplo da I Conferência de Saúde Mental, na qual foi discutida, de acordo com o Relatório Final da Conferência ocorrida em 1987, a cidadania, os direitos e deveres do doente mental, as reformulações na legislação, além de uma nova proposta para política de saúde mental.

No mesmo ano ocorre o II Congresso Nacional do MTSM que teve como tema: “Por uma sociedade sem Manicômios”. A partir de então o Movimento ganha nova configuração, uma vez que não é mais exclusivamente formado por profissionais e sim por uma efetiva participação de familiares de usuários, usuários e movimentos sociais.

É com a consolidação deste movimento que a reforma psiquiátrica ganha um caráter político e começa a questionar aspectos políticos, sociais, econômicos, bem como violação dos direitos dos pacientes e o favorecimento de algumas pessoas e setores com o modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

De acordo com o Relatório Final da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, que ocorreu em 1990, na cidade de Caracas (BRASIL 2005), é a partir deste momento que surgem as primeiras mudanças nesse processo com a criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1989, na Cidade de Santos, dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionavam 24 horas, configurando grandes avanços na reforma psiquiátrica brasileira.

No cenário político registra-se no período a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei 3.657/89, conhecido como Projeto Paulo Delgado, que buscava a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a extinção dos Hospitais Psiquiátricos. Esta foi sancionada em 06 de abril de 2001, doze anos após e ficou conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei 10.216, que redireciona a política de saúde mental no Brasil, bem como institui a substituição progressiva dos hospícios por uma rede de cuidados territorial.

No ano de 1992 é realizada a II Conferência de Saúde Mental que contou com a participação de sujeitos envolvidos no processo de reestruturação da assistência em saúde mental e foi considerado um marco para o financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos.

A partir de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei de Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressista dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005, p.9).

Após reivindicação do movimento de reforma psiquiátrica, no final do ano de 2001, em Brasília, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental, neste momento com a participação e o controle social estabelecido já na Constituição Federal de 1988, com a participação de outros movimentos sociais, assim, passa a se consolidar a reforma psiquiátrica brasileira.

Em meio a este processo de mudanças é criada uma rede de cuidados assistenciais na qual são estimuladas práticas pautadas pelos princípios da territorialidade e articulada a uma rede integrada de serviços. Incluem-se nesta rede a atenção básica, os ambulatorios, as residências terapêuticas, os centros de convivência, clubes de mães, associações de bairro, dentre outros, além de mecanismos de fiscalização como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASSH-Psiquiatria), que pretende garantir atendimento de qualidade para os cidadãos com transtornos mentais.

Como vimos foram vários os avanços na Política de Saúde Mental no Brasil. Em 2009, a rede de atenção psicossocial contava com um financiamento de R\$ 1, 5 bilhões, salto de 142% desde 2002, segundo dados do Ministério da Saúde, que reflete e materializa-se nos serviços oferecidos a população. Hoje temos a ampliação dos serviços com: 1.541 CAPS, 580 Residências Terapêuticas, centenas de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), além de novas experiências de investimentos solidários no país (BRASIL, 2010).

Após nove anos da implementação da Lei. 10.216 é realizado o 2º Congresso Brasileiro de Saúde Mental que contou com a participação de quase três mil pessoas que discutiram A Loucura e Saúde Mental no século 21: enfrentamentos, territórios e fronteiras.

No mesmo ano tivemos a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial (CNSM-I), com o tema: Saúde Mental: direito e compromisso de todos - consolidar avanços e enfrentar desafios. Além do Ministério da Saúde, participaram desta edição da Conferência, a Secretária Especial dos Direitos

Humanos e os Ministérios do Desenvolvimento Social, da Justiça, da Cultura, Educação e do Trabalho, expressando a demanda por uma abordagem intersetorial. O eixo central desta Conferência foi a intersetorialidade, que esteve presente em toda as discussões. Para Pedro Gabriel Delgado (coordenador de Saúde Mental na época) “A saúde mental não tem que incorporar outras áreas, mas se abrir para elas” (RADIS, 2010 p.13). O mesmo aproveitou o momento para analisar as mudanças ocorridas entre a 3° e 4° Conferências:

A primeira constatação é que a saúde mental é hoje radicalmente diferente da observada em 2001. A reforma psiquiátrica, avaliou, mudou o modelo anterior hospitalocêntrico (focado nos manicômios e instituições asilares) para outro voltado à atenção básica na comunidade, pela qual destacam-se os Caps. Mas, é um desafio fazer com que esses serviços funcionem em sua potencialidade.[...] Esses centros deveriam funcionar para articular as forças do território [...] (RADIS, 2010 p.17).

Apesar de todos os avanços obtidos ao longo desse processo, ainda temos muitos desafios a serem enfrentados como mostra alguns estudiosos da reforma. Segundo Vasconcelos (2010) o processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem alguns desafios atuais preocupantes. No âmbito político-econômico e das políticas sociais, a exemplo da crise diante da expansão das políticas neoliberais; do Projeto de Lei do Ato Médico¹ (PL 7.703/09), uma vez que, a Política de Saúde busca uma atuação Interdisciplinar/ Intersetorial visando uma atenção integral a saúde e saúde mental, de acordo com o conceito amplo de saúde; de capacitar e recrutar psiquiatras para a lógica da reforma e consolidar a rede de atenção psicossocial aliado ao fortalecimento dos movimentos sociais. O mesmo destaca ainda desafios mais urgentes e prioritários para a saúde mental, que também foram alvo da IV Conferência, a exemplo da atenção às situações de crise.

No que se refere a atenção a crise o local apropriado, de acordo com a reestruturação da assistência psiquiátrica, seria os CAPS III, que funcionam 24 horas do dia e nos finais de semana, a emergência psiquiátrica e os leitos no hospital geral. De acordo com o citado autor:

¹ Esta Lei condiciona à autorização do médico o acesso aos serviços de saúde e estabelece uma hierarquia entre a medicina e as demais profissões da área (CFESS, 2010).

Hoje em todo o país são cerca de 48 Caps III; os Caps II estão abarrotados, tem dificuldades de atender a crise e estão fechados a noite e nos finais de semana; e naturalmente reduzimos os leitos em hospitais especializados de curta permanência. Temos ofertado poucos leitos psiquiátricos de atenção integral em hospitais de emergência e hospitais geral, uma vez que seu número não tem crescido muito além dos já instalados no início da década de 90 (VASCONCELOS, 2010, p.44).

Tal reflexão reforça a fala do Italiano Ernesto Venturini, na IV Conferência, quando afirmou que “esses serviços não dão conta de atender a demanda e que a psiquiatria manicomial acaba sendo favorecida por esse vazio da reforma, essa é a incapacidade dos serviços comunitários de cuidar dos doentes mais grave” o que justifica cerca de 10 mil pessoas ainda permanecerem institucionalizadas no nosso país (RADIS, 2010, p. 13)

Ainda na IV Conferencia, Amarante destacou a importância de vários setores se envolverem no processo de reforma, dentre eles o de direitos Humanos e da Cultura, uma vez que a idéia de trancar as pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos foi construída e gerada pela sociedade, desta forma, para mudar essa forma de pensar nada melhor que a cultura e a arte.

As manifestações culturais em suas mais diversas formas têm sido uma importante estratégia para reinserir as pessoas em sofrimento mental à sociedade, foi pensando nisto, que o Governo Federal passou a investir em Centros de Convivência e Cultura, como espaço de socialização, interação, bem como, de

Entendemos que para a consolidação deste processo de reforma é necessário a criação e implantação de políticas sociais voltadas para cultura, saúde, e saúde mental aliada aos dispositivos já existentes, a exemplo da atenção básica locus ideal para tais ações, conforme veremos a seguir produções artísticas e culturais que possam gerar renda para usuários de saúde mental em suas diferentes situações de risco e vulnerabilidade social.

2 - Atenção Básica e Saúde Mental

A promulgação da Constituição Federal de 1988 possibilitou diversos avanços na saúde do Brasil. O direito à assistência a saúde não se restringe mais às pessoas que contribuíam com a previdência. Com a aprovação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passa a ser direito de

todos os cidadãos, devendo ser garantida pelo Estado. Esse sistema se constitui em um conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública, que organiza-se em redes regionalizadas, descentralizada e hierárquica, como afirma o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS, 2007).

O SUS deve considerar a continuidade do tratamento, para isto, organiza-se em uma rede de hierarquizada, considerando os seguintes níveis: o primeiro a Atenção Básica (AB), porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, que envolve serviços de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação da saúde, o segundo nível de média complexidade, quando a população demanda de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico; e no terceiro nível, o de alta complexidade que corresponde a procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo (PAIM, 2010).

É na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, que os cuidados primários ganham destaque e é discutida a necessidade dos países apostarem no campo da comunidade para promoção da saúde, considerando as principais demandas das comunidades, para serviços de proteção, cura e reabilitação.

Essa atenção primária da forma como entendemos hoje se configura como sendo a Atenção Básica, que de acordo com a Carta de Declaração de Alma Ata (1979, p. 01) consiste em:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Para Starfield (2002), a atenção primária é a porta de entrada de saúde no sistema para todas as necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade).

Como estratégia de organização da Atenção Básica no Brasil é criado o Programa Saúde da Família (PSF) que surge a partir da criação do Programa de

Agentes Comunitário(PACS), em 1991, que tinha como objetivo diminuir o número de mortalidade infantil, bem como a mortalidade materna. Temos como marco a ação desenvolvida pelo Governo do Estado do Ceará para lidar com a seca do estado, criando mecanismos para incorporação de novos profissionais no PACS. Diante disso é incorporada a noção de área de cobertura por família. De acordo com Viana e Poz (1998, p. 230):

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o programa de agentes introduziu e que se relaciona diretamente com o programa de saúde da família é que, pela primeira vez, como já foi assinalado, há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. Por outro lado, o programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, se constituindo, assim, em um instrumento real de reorganização da demanda.

Frente aos números positivos destas primeiras ações e influenciados também pela experiência de médico da família de Cuba, Canadá, Inglaterra e Suécia, o Ministério da Saúde adota medidas de trabalho focadas na família.

A Política Nacional de Atenção Básica, formalizada em 2006, estabelece novas diretrizes para este nível de atenção a definindo como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006, p.10).

A Atenção Básica assume como princípios a integralidade das ações, o acesso universal e contínuo, o vínculo entre equipe e usuários, a responsabilização com a população, a participação e controle social, a partir do PSF, que por sua vez, passa a ser referenciado como sendo a porta de entrada, no sistema de saúde, uma vez que a comunidade e a equipe consideram este, o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há um problema de saúde (CONASS, 2007).

O Ministério da Saúde propõe que o PSF seja considerado uma Estratégia para a reorganização da Atenção Básica, uma vez que, aponta para uma atenção primária qualificada e resolutiva (BRASIL, 2010). Atualmente este espaço vem se configurando no lócus ideal para o desenvolvimento de ações em saúde mental.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) adota um conceito de saúde ampliado, com bases comunitárias apresenta uma grande ligação com os princípios da reforma psiquiátrica, de acordo com Silveira e Vieira (2009 p.02):

O conceito de território presente na ESF estabelece uma forte interface com princípios da reforma psiquiátrica brasileira, como as noções de territorialidade e responsabilização pela demanda, além de conferir um novo sentido e ordenamento às ações de saúde mental no contexto da atenção básica, tornando possível migrar do modelo das psicoterapias tradicionais para um modelo onde o usuário seja considerado como sujeito-social, numa abordagem relacional na qual o sujeito é concebido como participante de suas redes sociais e ambiente ecológico

Após um levantamento do Ministério da Saúde para avaliar a ESF em 2001 e 2002, percebeu-se que 51% das equipes de Saúde da Família, realizava algum tipo de trabalho com pessoas com sofrimento mental, desta forma, as UBSF se tornaram uma das áreas propícias para trabalhar a saúde mental na noção de território, na busca da emancipação das pessoas com sofrimento psíquico, pois, o campo de intervenção das equipes das UBSF é composto por pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e passam a ser sujeitos fundamentais no enfrentamento destes agravos.

É crescente o aumento da demanda de saúde mental nos serviços de saúde, incluindo desde cuidados contínuos, a tratamento residual e atendimento decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, cerca de 20% da população, até 2020, necessitarão de algum atendimento em saúde mental.

Visando discutir a inclusão de ações em saúde mental na Atenção Básica o Ministério da Saúde, em 2006, formulou as Diretrizes da Saúde Mental na Atenção Básica, a qual passa a direcionar as ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), visando estabelecer o vínculo e acolhimento a estas pessoas, fundamentados pelos princípios do (SUS), territorialidade, integralidade das ações, rede articulada de serviços; trabalho realizado de forma interdisciplinar e

Intersetorial; promoção da cidadania e autonomia dos usuários. De acordo com Reinaldo (2008 p. 175):

A mudança conceitual e prática em relação à atenção destinada à pessoa em sofrimento psíquico, rompe com o isolamento em que esse sujeito até então vivia, possibilita que ele planeje projetos de vida, mobiliza seus pares e a comunidade a sua volta; percebe-se que há uma preocupação com o desenvolvimento e manutenção de boas práticas em saúde mental . O caminho em direção à comunidade possibilita a abertura de outras frentes de trabalho e inserção para a saúde mental, em especial nos projetos de prevenção da doença e promoção da saúde.

Uma nova estratégia na Política de Atenção Básica são os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), criados em 2008, visando dar um suporte as Unidades Básicas de Saúde da Família(UBSF) e Centros de Atenção Psicossocial(CAPS) .

[...] O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares [...] (BRASIL, 2009, p. 12).

O NASF é composto de nove áreas estratégicas, dentre elas a de saúde mental, que visa o cuidado continuado a pessoa em sofrimento dentro do seu contexto familiar, realizando um trabalho com os profissionais das Unidades Básicas para potencializar e garantir a integralidade das ações, busca uma responsabilização co-compartilhadas com as equipes de saúde, rompendo com a lógica de encaminhamentos e visando uma resolutividade dos problemas de saúde nas equipes.

Neste contexto a Organização Mundial de Saúde, aponta como uma das prioridades na Atenção Básica a qualificar os profissionais para enfrentamento dos agravos em saúde mental, para que seja possível uma nova postura na detecção de casos e prevenir o processo de adoecimento, levando em considerações os determinantes que interferem diretamente nesse processo. Para Munaril, et al.(2008, p.791):

O atendimento à saúde mental no contexto do PSF envolve um complexo mundo de atitudes, necessidades e vontades, haja vista a importância do profissional estar sensibilizado a compreender os valores, crenças e procedimentos para não julgar a situação vivenciada pela família e usuário com transtornos mentais. É preciso que este profissional esteja munido de conhecimento que lhe permita ajudar a família oferecendo elementos de análise a situação vivida para que ela seja capaz de decidir. Considerando que o PSF implica em uma relação de afetividade com a comunidade assistida, é fundamental na rotina dos profissionais de saúde das equipes o envolvimento com questões individuais, coletivas e sociais desta.

Considerando a complexidade da questão, alguns desafios são postos por alguns autores, dentre eles Lyra (2007, p. 60) que aponta para:

[...] uma reflexão sobre o sofrimento psíquico na sociedade, uma vez que esse tem sido cada vez mais recorrente, o aumento vertiginoso dos antidepressivos e drogas lícitas, da violência e dos casos de suicídios, principalmente entre jovens não podem ser respondidos com soluções exclusivamente técnicas.

Desta forma considera-se necessário a abordagem destas temáticas com a sociedade frente a crescente demanda destes casos. A autora citada acredita na necessidade de romper com a lógica centrada na objetividade dada ao médico e recorrer a pluralidade de visões dos demais profissionais sobre o processo de adoecimento, preparando-os para as diversas situações que surgirem, permitindo à equipe integralidade no atendimento, além de maior segurança no enfrentamento dos casos mais graves.

Neste sentido, alguns Estados começam a se destacarem no trabalho com saúde mental na Atenção Básica, a exemplo de São Paulo com o Programa de Saúde Mental do Qualis, realizado em 2001, na periferia de Vila Cachoeirinha, que a partir do acolhimento aos usuários, passaram a desenvolver ações de saúde mental, orientados por evitar dispositivos tradicionais como consultas psiquiátricas, psicológicas e visitas; deram prioridade as pessoas que encontravam-se em risco maior, com surtos psicóticos, usuários de drogas pesadas, casos de violência intrafamiliar, dentre outros, e elaboram um programa para cada família sob responsabilidade das equipes. Outra experiência positiva é a de Brasília com as terapias comunitárias, que se inseriram como um procedimento de promoção à saúde, realizada em diversos espaços, aproveitando os equipamentos sociais, bem

como as UBSF, que se configurou como um instrumento importante de criação de vínculos e redes sociais (CAMAROTI et al. 2001).

No entanto, ainda existem várias UBSF que tem encontrado dificuldade de desenvolver ações de saúde mental, sejam elas de prevenção, promoção ou reabilitação, considerando que nem sempre o conhecimento e ferramentas existentes em uma determinada realidade, são apropriados para promover saúde, ou dar resolutividade aos casos de sofrimento mental existentes.

Assim, nos propomos a pesquisar sobre o Grupo de Saúde Mental existe na UBSF do Rocha Cavalcante, a fim de desenvolver ações direcionadas a esse grupo a partir de suas próprias necessidades, como veremos a seguir.

3 - Resultados da Pesquisa

3.1 - Contextualizando o lócus da pesquisa.

A experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social realizado na Estratégia Saúde da Família Ana Amélia Vilar, situado no bairro Rocha Cavalcante teve duração de aproximadamente um ano e seis meses, período no qual pudemos conhecer a comunidade e um pouco da realidade dos usuários da mesma.

A referida unidade foi criada após longas reivindicações e exigências da Associação dos Moradores do bairro, em agosto de 2006, para solicitação de verbas junto aos poderes públicos para sua construção. A Unidade recebeu este nome em homenagem a uma das moradoras militante neste processo.

A estrutura física da Unidade é composta por: dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, um consultório dentário, um almoxarifado, uma sala de nebulização, uma sala de imunização, uma sala de curativos, uma sala de esterilização, uma copa, uma sala de reunião, um banheiro para funcionários e dois banheiros para os usuários.

Atualmente a UBSF atende duas mil famílias, sendo mil famílias para equipe I e as outras mil famílias para equipe II. Estas equipes são formadas pelos seguintes profissionais: duas enfermeiras, dois auxiliares de enfermagem, dois médicos, doze

agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar de consultório dentário e uma assistente social para as duas equipes. Além da equipe de apoio terceirizada composta por duas recepcionistas, dois vigilantes diurnos e dois noturnos, bem como, duas auxiliares de limpeza.

Durante o processo de estágio passamos pela fase de observação da rotina da Instituição, do trabalho dos profissionais, dentre eles, o da assistente social. Iniciamos o processo de planejamento de atividade e de intervenção e neste período passamos a observar o Grupo de Saúde Mental, mesmo este não contando com a contribuição do serviço social, uma vez que, o dia de atividades do grupo não correspondia ao dia de atendimento da assistente social na Unidade. As atividades desenvolvidas no Grupo na época eram coordenadas pela psicóloga do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF).

Ao dialogar informalmente com os usuários do Grupo percebemos que a compreensão de saúde mental estava voltada exclusivamente ao uso do psicotrópico e que as ações desenvolvidas com esse Grupo muitas vezes ficavam aquém do que era solicitado pelos usuários. Foi com bases nessas observações e conversas que definimos nosso projeto de pesquisa que objetivou traçar o perfil deste Grupo e identificar suas demandas, a fim de desenvolver ações condizentes com as necessidades dos mesmos, bem como, instrumentalizar os profissionais para desenvolverem ações de promoção e prevenção destes agravos na comunidade, como previsto na Política Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica.

3.2- O Perfil e Demandas dos Usuários do Grupo de Saúde Mental

Com a realização da nossa pesquisa, foi possível traçar o perfil sociodemográfico do Grupo de Saúde Mental e identificar suas demandas, conforme apresentaremos a seguir. A mesma fundamentou-se na coleta de dados empíricos a partir de um questionário aplicado a 20 usuários do Grupo de Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde Ana Amélia Vilar do bairro do Rocha Cavalcante.

A pesquisa configurou-se em um estudo exploratório com abordagem crítico-dialética que nos permitiu maior proximidade com o problema. Para a coleta de

dados foi utilizado um questionário misto, com perguntas fechadas e abertas e como procedimento de análise recorreremos à análise de conteúdo. Os sujeitos da pesquisa foram usuários do grupo de saúde mental que foram escolhidos aleatoriamente, com idade mínima de 18 anos, e nossa amostra foi representada por 10% do total de usuários.

Do total de usuários identificamos que 60 % são do sexo feminino e 40 % do sexo masculino, o que evidencia que neste grupo, as mulheres são maioria. Estudos revelam que as mulheres se encontram em maior situação de risco para desenvolver algum tipo de transtorno, uma vez que, estas acumulam vários papéis sociais como, mães, esposas, têm menos oportunidades de emprego, maiores responsabilidades na educação dos filhos e do lar, por estarem mais expostas a situações de violência, exploração e gênero, concomitante a pobreza, fome, enfim, fatores que interferem diretamente no processo saúde doença (OMS, 2001; ADEONATO et AL. 2005; MARAGNO 2006; SANTOS, 2009).

Pensar saúde mental para este segmento é relevar os fatores determinantes que influenciam neste processo, é antes de tudo, pensar no contexto em que esta mulher está inserida, e da necessidade dos profissionais entenderem que a saúde mental da mulher é determinada pela relação de gênero, de condições socioeconômicas e culturais (POLÍTICA INTEGRAL DA SAÚDE DA MULHER, 2004).

No que se refere à faixa etária, a idade dos usuários situou-se entre 20 e 79 anos, dos quais 60% encontram-se entre 32 e 56 anos, com média de 48,3 anos, dado que revela um grupo com prevalência de adultos em idade ativa, porém entre os pesquisados foram poucos os que estão desenvolvendo alguma atividade laboral remunerada, apenas 20%.

Quando se trata de atividade laboral remunerada, constatamos que 80% dos usuários não trabalham, enquanto que 20% apresentam ocupações de pouco prestígio e remuneração, predominando atividades de empregada doméstica, vigia e catador de materiais recicláveis. Dados semelhantes ao apresentado por Rosa (2004) em estudo realizado no Piauí, com usuários de saúde mental em uma clínica psiquiátrica que apresentou que 54% dos usuários não trabalhavam enquanto 45% desenvolvia também atividades de pouco prestígio social e baixa remuneração, relacionada à construção civil e empregada doméstica. Está também enfatizada que 36% dos entrevistados recebiam também algum tipo de benefício.

Quando questionados sobre a ocupação, um dado chama atenção: 100% das mulheres que responderam ao questionário ocupam os espaços domésticos. Destas, onze sendo donas de casa e uma empregada doméstica. Em se tratando das donas de casa, 36% recebe algum tipo de benefício (Benefício de Prestação Continuada, Bolsa Família, Aposentadorias e Pensão por Morte) enquanto os outros 64% não possuem nenhum tipo de renda, dependendo do auxílio do marido, padrasto ou de outro familiar para subsistência.

Os homens apresentam um maior percentual no que se refere a benefícios (mesmos benefícios citados anteriormente), totalizando 62%, enquanto 38% desenvolvem alguma atividade remunerada. Assim, quando comparado à média de ganho de homens e mulheres, percebemos que os homens ganham em média cinco vezes mais que as mulheres, enquanto a média da renda feminina é de R\$ 123,00, a masculina é de R\$ 627,00.

No que tange renda familiar dos usuários pesquisados, 30% possuem renda inferior a um salário mínimo, 35% na faixa de um salário mínimo, 20% dois salários e 15% mais de dois salários mínimos. Esses dados revelam que 65% das famílias se encontram em situação de risco² e de pobreza, recorrendo a Política de Assistência para garantia do mínimo dos direitos sociais.

No tocante a escolaridade, 45% são analfabetos funcionais que cursaram menos de quatro anos de curso formal, 35% cursaram até o fundamental maior e 20% possuem ensino médio, sendo superior o número de usuários com mais de sete anos de escolaridade. As mulheres pesquisadas se mostraram com escolaridade maior que os homens.

Quanto ao estado civil, 50% são casados, 20% solteiros, 15% viúvos, 10% separados e 5% possuem união estável. Dos que apresentam algum tipo de relacionamento, 2,2 % não tem filhos e 50% possuem de 2 a 3 filhos. Esses dados são condizentes com o que foi observado no Censo de 2010, cuja média é de 2 filhos por mulher (IBGE, 2010).

² Para o Ministério de Desenvolvimento Social de Combate a Fome é necessário adotar uma noção de fragilidade enquanto conceito multidimensional, não restringindo esta à percepção de pobreza, associada à posse de recursos financeiros. Assim, é identificar a situação de fragilidade, de renda, os indicadores referentes à dificuldade de acesso a direitos e a serviços, assim como perceber níveis de autonomia e autoestima das famílias e indivíduo.

A origem de encaminhamento dos usuários ao acompanhamento em saúde mental na UBSF apresentou-se da seguinte forma: 20% do CAPS, 15% Agente Comunitário de Saúde, 40% por profissionais de outros serviços de saúde, 10% não lembra e 15% pelo médico da própria Unidade.

Todos os usuários do Grupo de Saúde Mental fazem uso de algum psicotrópico. E este parece ser um pré-requisito para inserção do usuário no Grupo.

Quando questionados sobre a participação no Grupo de Saúde Mental 100% relataram como motivo a busca pelo psicotrópico, como podemos ver nas falas:

Venho duas vezes na Unidade, uma buscar a medicação de pressão e outro o do problema mental (Pesquisado, 3).

Venho uma vez no grupo, quando venho buscar minha medicação (Pesquisado 13).

Essas falas revelam o tipo de acompanhamento em saúde mental que atualmente é desenvolvido pela UBSF, uma vez que não existem ações que sensibilizem e estimulem os usuários a participar das atividades do Grupo de Saúde Mental, como projetos terapêuticos, atividades de inserção e socialização dos usuários na comunidade.

A frequência dos usuários na UBSF para o acompanhamento no Grupo dar-se para 85 % dos pesquisados uma vez ao mês, ou duas vezes, a depender se o usuário participa apenas do Grupo de Saúde Mental, ou também do Grupo de Hiperdia. Os outros 15%, não participam do Grupo, pois solicita que algum parente ou cuidador pegue a medicação, seja por motivo de locomoção, disponibilidade ou por desenvolver alguma outra atividade no dia das atividades do grupo.

Esse tipo de acompanhamento no Grupo de Saúde Mental (com apenas entrega de medicamento) não se diferencia do que foi apresentado por Medeiros (2005, p. 118) em estudo no nosso município.

Com base nos dados apresentados em relação ao número de atendimentos realizados no ano de 2004, em 60 municípios paraibanos que possuem o Programa de Saúde Mental na Atenção Básica, observou-se que o registro dos dados evidencia a predominância do atendimento do tipo consulta subsequente (com retorno), caracterizado pelo acompanhamento à clientela que está em tratamento medicamentoso.

Compreendemos que mesmo após cinco anos deste estudo, as ações de saúde mental ainda continuam ocupando um papel secundário dentro dos serviços de saúde de Atenção Básica e que essas ações voltadas apenas para entrega de medicação, sem nenhum outro tipo de atividade psicossocial alternativa, vem divergindo do que é sinalizado pelas Diretrizes de Saúde Mental na Atenção Básica (BRASIL, 2003), que prevê, dentre outras ações, acompanhamento domiciliar, projeto terapêutico individual e coletivo voltado para inserção dos usuários na comunidade, além da negação de práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana.

Existe também a ausência de discussão no que tange ao desenvolvimento de ações para além dos serviços de saúde, compreendendo outros equipamentos sociais existentes na comunidade, bem como, o de instigar a participação dos usuários para o enfrentamento do próprio problema vivenciado. Ainda no tocante a medicação, averiguamos que 50% iniciaram o uso do psicotrópico entre 25 a 36 anos, ou seja, em idade adulta, apresentando uma média de uso por usuário de 15,3 anos. Essa idade de início da medicação caracteriza-se como sendo a idade produtiva intrínseca ao ser humano e reprodutiva para as mulheres (ROSA, 2004). Cabe aqui destacar que quando uma pessoa é diagnosticada como “doente mental” muitas vezes vem a associação com a incapacitação para o trabalho, gerando muitas vezes dependência desses usuários com os seus familiares, para com Estado e sociedade (CAVALCANTE et. al, 2003).

Sobre os motivos que levaram os pesquisados a fazer uso do psicotrópico destacam-se os relacionados a acidentes, tanto do próprio usuário como de algum parente; uso abusivo de álcool, com prevalência desse discurso por homens; violência intrafamiliar e doenças, como constatados em algumas dessas falas.

Eu estava grávida de sete meses e tive uma raiva do meu ex-esposo, por conta de traição e tive uma crise convulsiva (Pesquisada 4).

Tava estudando para fazer vestibular e trabalhava de vendedora, além das coisas de casa, e desencadeou uma crise depressiva (Pesquisada 9).

Meu primo sofreu um acidente de moto, eu presenciei e desde então fico vendo alucinação se eu não tomar a medicação, na época fui internado por conta disso (Pesquisado 18).

Bebia muito, bebi durante 48 anos, daí não conseguia dormir direito (Pesquisado 20).

O consumo de álcool é algo que chama atenção na nossa pesquisa, pois 62% dos pesquisados (homens) apresentam como motivo do uso de psicotrópico, o consumo abusivo dessa substância. Segundo Secretaria Nacional de Política Sobre Droga (SENAD, 2010), essa bebida vem sendo geradora no processo de adoecimento de milhares de pessoas, em especial no processo de adoecimento mental, no entanto, vem sendo naturalizada e tolerada por nossa sociedade, que esquece que essa é a droga lícita mais consumida em nosso país.

Quando se trata de internações psiquiátricas 25 % relataram ter vivenciado internação psiquiátrica pelo menos uma vez, destes, 20% são homens e relataram longos períodos de internação:

Já fui internado umas nove vezes no João Ribeiro e umas quatro na Emergência Psiquiátrica em Doutor Edgley. (Pesquisado, 16).

Já fui internado varias vezes no João Ribeiro, teve uma vez que passei uns 90 dias internado (Pesquisado, 19).

Este processo de internação por muito tempo foi utilizado como única alternativa de tratamento do “louco”. No entanto, atualmente busca-se resgatar os laços perdidos entre portador de transtorno mental e sociedade a partir da inserção destes sujeitos na sua comunidade, família, ou seja, no seu território, reafirmando os princípios da Lei 10.216, que assegura os direitos das pessoas com transtorno mental.

No que concernem às demandas dos usuários do Grupo de Saúde Mental identificamos que as mesmas podem ser divididas em dois grupos/categorias: a primeira referente aos Cuidados com saúde e outra a de Organização do Serviço.

Na primeira foram citadas demandas mais voltadas as questões referentes ao cuidado com a saúde, sejam relacionadas ao uso do psicotrópico, prevenção e

detecção de doenças, bem como a desmistificação do uso da medicação, como veremos a seguir:

Falar sobre saúde da mulher, como se cuidar em termo de marido, como detectar doença, como procurar saber se tenho ou não alguma doença, falar isso de forma simples né, no nosso popular (Pesquisado 4).

Não sei nem dizer, eu só venho pra pegar o remédio, eu não queria nem vim, só venho porque é o jeito, porque eu sinto preconceito de mim mesma por conta desse problema (Pesquisado10).

Falar sobre DST's, sexualidade, atividade sobre medicação, reação da medicação, seria bom a gente vim outra vez na semana, não pra pegar a medicação, tipo pra fazer terapia ocupacional, realizar atividades (Pesquisado 18).

Na primeira fala visualizamos no discurso uma demanda latente sobre o preconceito da própria usuária por fazer uso de psicotrópico. Este pode ser um tema (o preconceito/estigma) a ser desenvolvido na UBSF, na escola, com os familiares, em todos os espaços pertinentes para aceitação, tanto da sociedade como dos próprios usuários, uma vez que, o conhecimento e a informação são importantes ferramentas para acabar com o estigma e preconceito em torno da loucura, que tem gerado grandes conseqüências para quem é rotulado.

A segunda fala nos chama atenção, diante da importância de abordagem do tema DST's/AIDS, uma vez que, aparece na fala de mais de um pesquisado, e essa epidemia ter crescendo rapidamente em todo o mundo, além de alguns autores apontarem que usuários de saúde mental estão inseridos nos grupos de maior vulnerabilidade para adquirir essas doenças, seja por baixa auto-estima, impulsividade, hipersexualidade, dentre outras (BRASIL, 2008).

Entendemos que esse espaço pode contribuir e desmistificar esse tema, pois, permanecem muitas dúvidas ligado a sexualidade, diante do tabu que foi criado por muito tempo. Assim, compreendemos que, faz-se necessário uma abordagem desta temática de maneira clara, com profissionais qualificados e com linguagem acessível à população e ao grupo.

A última fala também apresenta desconhecimento de sintomas de doenças sexualmente transmissíveis e em caso de aparecimento quais os serviços deve-se procurar, diante disto, seria interessante focar os sintomas de algumas doenças e informar os serviços disponibilizados da rede.

Na segunda categoria, a de Organização do Serviço tivemos a prevalência de demandas por sistematização e organização do Grupo de Saúde Mental na UBSF. As falas também evidenciam o interesse dos usuários em atividades que envolvam maior interação, terapia em grupo, dinâmicas de grupo, atividades planejadas, como veremos a seguir:

Gostaria que fosse atividades planejadas, a gente até falou nisso mês passado (Pesquisada 4).

Gostaria que fosse mais rápida a entrega da medicação, para a gente poder ir mais rápido pra casa (Pesquisado 11).

Realizar palestra, depoimento em grupo, atividade que houvesse mais interação entre as pessoas (Pesquisado 16).

Qualquer atividade é bem vinda, podia ser atividade física (Pesquisado 17).

Tudo que tiver é bom, educação física, se tiver atividade é melhor, pelo menos a gente se interte e vê se vive mais alguns anos (Pesquisado 19).

Estas falas mostram que os usuários do grupo compreendem o conceito de Saúde em sua forma mais ampla, uma vez que conseguem identificar questões de promoção de saúde e prevenção de agravos, enfatizam também, novas possibilidades de trabalho que foge do contexto dos muros da Unidade, a exemplo da atividade física.

Algo relevante está presente na última fala da usuária que sugeriu atividades planejadas. Entendemos que as categorias profissionais vêm passando por um processo de precarização no trabalho, principalmente no Contexto de ESF em nosso Município, que vem contribuindo para o direcionamento das atividades mais imediatas, a exemplo da entrega da medicação, porém acreditamos que o processo de planejamento deve se fazer presente não só nas atividades deste grupo, mas nas ações como um todo da UBSF.

Considerações Finais

Os nossos resultados da pesquisa apresentam que assim como os demais usuários da UBSF, que vão em busca de discutir saúde, de tirar dúvidas, de buscar acolhimento, são os usuários deste grupo pesquisado, que tem entre suas demandas questões das mais variadas como apresentadas nas duas Categorias, a De Cuidados com a saúde e na de Organização dos Serviços.

Neste sentido, faz-se necessário uma nova abordagem, com um olhar mais abrangente, que considere as dimensões sociais, física e mental tornando assim possível uma mudança e novos avanços no desenvolvimento de ações para este segmento, uma vez que os fatores que levam esses usuários ao uso do psicotrópico perpassam pelos espaços sociais, econômicos, culturais, biológicos, ou seja, não apresentam apenas uma única causa, mas uma associação entre elas.

Uma questão importante identificada a partir de estudo é com relação a importância de buscar ações de socialização e inserção destes sujeitos a comunidade, pois entendemos que as atividades desenvolvidas atualmente, além de não darem respaldo as necessidades dos participantes, não contribuem para sua cidadania, autonomia e inserção dos mesmos a outros espaços existentes no território.

Para a efetivação deste pressuposto, sugerimos uma articulação maior com as equipes que fazem o matriciamento a esta equipe, seja as Equipes dos CAPS ou a Equipe do NASF para dar resposta a este Grupo detectando as potencialidades dos sujeitos e inserindo-os aos espaços que podem contribuir com ações de Educação Permanente em Saúde na própria comunidade. As ações de Educação Permanente em Saúde dependem de qualificação e capacitações por parte do Estado, para que os profissionais possam trabalhar a comunidade para aceitação desses sujeitos, permitindo assim parcerias no âmbito comunitário para o estabelecimento de novas redes sociais de apoio e enfrentamento aos agravos.

Por fim, entendemos que este trabalhado será de grande valia a equipe que trabalha com essas pessoas, pois a partir do que foi identificado, poderá subsidiar para a que a equipe reavalie as ações que estão sendo ofertadas a este segmento, como também contribuirá para o direcionamento do planejamento de atividades futuras.

Referências Bibliográficas

ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, Fortaleza, v. 39, n. 1, p. 108-13, 2005.

AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1. Acesso em: 24 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**: e princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Serie Pactos Pela Saúde, vol. 4, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PSF**: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde - Online. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm> . Acesso 20 de março de 2011.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **O que é Situação de Risco Social e Fome**. Disponível em <http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2010/novembro/mudancas-no-cadastro-facilitam-identificacao-de-familias-em-situacao-de-risco-social/?searchterm=o%20que%20%C3%A9%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco> Acesso em: 19 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma Dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, Novembro, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica**, Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1 Acesso em: 20 de março de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)**. Caderno de Atenção Básica, Brasília, 2009.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Prevenção ao uso indevido de drogas**: Capacitação para conselheiros e lideranças Comunitárias-3. Ed., Brasília, 2010.

BRASIL, Secretária de Planejamento de Campina Grande (SEPLAN) Disponível em: www.seplan.pmcg.pb.gov.br> Acesso em: 30/07/2010.

CAMAROTE, M. H. et al. **Terapia Comunitária: Relato da Experiência de Implantação em Brasília-Distrito Federal**. Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Distrito Federal, 2001.

CAVALCANTE, A. M. T. S.; NÓBREGA, M. M. L.; DINIZ, A. S. Epidemiological aspects of schizophrenia in adults in the Ulysses Pernambucano Hospital in Recife – PE. **Neurobiologia**. Recife, v.66, n. 3/4, p.134-143, 2003.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Diga Não ao Ato Médico. Disponível em: http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=509 Acesso em 14 de Junho de 2011.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Os Fundamentos da Atenção Primária e da Promoção da Saúde**. Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS. Ed. 1º, Brasília, 2007.

DALMOLIN, M. B. Trajetória da Saúde Mental no Brasil: da exclusão a um novo modelo. **O Mundo da Saúde** - São Paulo, 2000.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. URSS. 1978.

LANCETTI, A. **Radicalizar a Desinstitucionalização**. Cadernos de Textos, Brasília, 2001.

LYRA, A. A. Desafios da Saúde Mental na Atenção Básica: Saúde Mental e Atenção Básica, **Cadernos IPUB**, Vol. XIII, n°24, Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2007.

MEDEIROS, E.N. **Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Sócio - Econômico dos Usuários atendidos nos Serviços de Saúde em municípios paraibanos**. 2005. 109p. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MUNARIL, D. B. et al. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008;10(3):784-95. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>. Acesso em: 20 de abril de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Organização Mundial de Saúde**. Doenças mentais atingem 450 milhões de pessoas, 2001. Disponível em: http://boasaude.uol.com.br/news/index.cfm?news_id=3634&mode=browse Acesso em: 25 de maio de 2010.

PAIM, J.S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro, Ed. Fio Cruz, 2010.

REVISTA RADIS, Ed. n° 97, setembro de 2010.

REINALDO, A. M. S. Saúde Mental na Atenção Básica como Processo Histórico da Psiquiatria Comunitária, **Revista de Enfermagem Saúde Mental e Atenção Básica de Saúde**. 2008.

ROSA, L. C. S. **Transtorno Mental e cuidado na família**. 2º Ed- São Paulo, 2008.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400023&lng=en&nrm=iso Acesso em 24 de maio de 2011.

SILVEIRA, P. S.; VIEIRA, A. L. S. Saúde Mental e atenção Básica em Saúde: análise de uma experiência no nível local, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14 n.001,2009. Disponível em:

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63014115.pdf> Acesso em: 20 de março de 2010.

STARFIEL, B. **Atenção Primária Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. Ed. UNESCO, Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. Ed. Hucitec, São Paulo, 2010.

VIANA, A. L. D.; POZ, R. D. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. Relatório Final. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva-UERJ. Rio de Janeiro, 1998

