UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GERALDA VICENTINA CARDOSO

SAÚDE MENTAL: REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA O CENTRO DE SAÚDE VALE DO JATOBÁ NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

LAGOA SANTA – MG
2013

GERALDA VICENTINA CARDOSO

SAÚDE MENTAL: REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA O CENTRO DE SAÚDE VALE DO JATOBÁ NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Oliveira Castro

LAGOA SANTA – MG
2013

GERALDA VICENTINA CARDOSO

SAÚDE MENTAL: REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA O CENTRO DE SAÚDE VALE DO JATOBÁ NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr.Juarez Oliveira Castro

Banca Examinadora

Prof. Dr. Juarez Oliveira Castro - Orientador
Profª. Marília Rezende da Silveira

Aprovado em Belo Horizonte:09/07/2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, minha mãe pela vida, minhas filhas Aninha e Luiza, ao meu esposo Ronaldo, que é o principal de tudo, que me incentivou, apostou e investiu em mim com sua confiança e amor. E a minha grande amiga Joana Darc.

Agradeço ao orientador Professor: Juarez Oliveira Castro, pelo acompanhamento e paciência que foram primordiais para conclusão deste trabalho.

A prova de que estou recuperando a saúde mental, é que estou cada minuto mais permissiva: eu me permito mais liberdade e mais experiências. E aceito o acaso. Anseio pelo que ainda não experimentei. Maior espaço psíquico.
Estou felizmente mais doida.

Clarice Lispector

RESUMO

Introdução: A doença mental é uma alteração dos processos cognitivos e afetivos do desenvolvimento que se traduz em perturbações em nível do raciocínio, do comportamento, da compreensão da realidade e da adaptação às condições da vida causando sérios danos ao paciente e sua família. É uma doença que preocupa os profissionais de saúde e a sociedade em geral, pois ainda nos dias de hoje causa a exclusão social. **Objetivos:** descrever o perfil dos pacientes portadores de transtornos mentais e elaborar uma proposta de intervenção através da Implantação do Grupo de Saúde Mental no Centro de Saúde Vale do Jatobá no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Resultados e discussão:** A doença mental tem alta incidência em nosso meio. Os principais Distúrbios Mentais que acometem esses usuários segundo os dados da Secretária Municipal de Saúde (SMSA) são: Abuso de Drogas: (Dependência Química e Psicológica), Alcoolismo, Alucinógenos, Cocaína (dependência), Maconha (dependência),Tranquilizantes,Transtornos Alimentares, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa. Diagnosticar e acompanhar os casos são as principais medidas de controle. **Conclusão:** Os portadores de transtorno mental ainda hoje, são excluídos socialmente. Faz-se necessário que os profissionais de saúde da ESF atuem como mensageiros aptos a sanar as dúvidas decorrentes desses transtornos mentais junto aos pacientes e familiares.

Palavras chave: Saúde mental. Exclusão. Pacientes.

ABSTRACT

Introduction: Mental illness is a change in the cognitive and affective processes of development Which results in disturbances in level of reasoning, behavior, understanding of reality and adaptation to the conditions of life, Causing serious damage to the patient and his family. It is a disease que concerns health professionals and society in general, because even today because social exclusion. **Objectives**: To describe the profile of pacientes with mental disorders and to develop a proposal for intervention through the Implementation Group Health Jatoba Valley Mental Health Center in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. **Results and discussion**: Mental illness has a high incidence in our midst. The main que Mental Disorders Affect these users According to data from the Municipal Secretariat of Health (SMSA) are: Drug Abuse: (Addiction and Psychological), Alcoholism, Hallucinogens, Cocaine (dependence), Marijuana (dependence), tranquilizers, Eating Disorders Anorexia nervosa, Bulimia nervosa. Diagnose and monitor cases are the main control measures. **Conclusion**: Patients with mental disorders today are socially excluded. It is Necessary que health professionals FHS act the messengers able to remove the doubts Arising from mental disorders with pacientes and family.

Keywords: Mental health. Exclusion. Patients

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CS – Centro de Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão

ESF – Estratégia Saúde da Família

GMS – Gerência de Saúde Mental

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Família

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 09

2 JUSTIFICATIVA 12

3 OBJETIVOS 13

4 MÉTODOS 14

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 15

5.1 Revisão Bibligráfica 16

5.2 Perfil dos Portadores de Distúrbio Mental 21

6 PLANO DE AÇÃO 22

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 23

REFERÊNCIAS 24

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), *a* cada ano aumenta o número de pessoas que sofre de transtornos mentais. Atualmente há cerca de quatrocentos milhões de indivíduos no mundo que sofrem com algum tipo de perturbação mental, neurológica ou psicológica além do sofrimento da doença, essas pessoas sofrem com a vergonha, o estigma e exclusão social.

O Ministério da Saúde determinou que a porta de acesso aos usuários no serviço de saúde é a Atenção Básica, é através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que as pessoas que buscam atendimento para suas necessidades de saúde. Assim sendo a assistência na atenção primária a saúde no âmbito da saúde mental, inclui não apenas a assistência aos indivíduos com transtornos mentais mas também o desenvolvimento de ações preventivas, que englobem o indivíduo e sua família (BRASIL, 1990) .

A maior aproximação entre usuário, família e profissional de saúde conforme determina os princípios básicos da ESF, na prática não atendem às necessidades das famílias de pessoas com transtorno mental. O enfermeiro em virtude das características de sua formação pode perceber melhor o indivíduo na sua integralidade, o papel do enfermeiro em serviços de saúde mental é apenas de origem terapêutica e o objetivo é auxiliar o paciente a aceitar a si próprio e a melhorar as suas relações pessoais, o trabalho efetivo dos enfermeiros centra-se, principalmente, no desenvolvimento de atividades burocrático-administrativas isso dificulta a assistência (MELLO, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o acesso à atenção em saúde mental aumentou, chegando a 63% de cobertura, com forte participação da atenção básica e de ações intersetoriais como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Cerca de 16.000 leitos com baixa qualidade assistencial foram fechados de forma pactuada e programada. Os hospitais psiquiátricos ficaram menores, e 44% dos leitos de psiquiatria estão situados em hospitais de pequeno porte. Pessoas com longo histórico de internação retornaram a seus domicílios.

Antes do século XIX não havia o conceito de doença mental nem uma divisão entre razão e loucura. Os pacientes eram tratados como bichos e não como seres humanos. O trajeto histórico do Renascimento até a atualidade tem o sentido da progressiva separação e exclusão da loucura do seio das experiências sociais (FERNANDES e MOURA, 2009).

Ainda nos dias atuais, a população que sofre de uma doença mental é mais excluída socialmente. Apresentam redes sociais menores do que a média das outras pessoas. Para Fernandes e Moura (2009) a segregação não é apenas fisicamente, permeia o corpo social numa espécie de barreira invisível que impede a quebra de velhos paradigmas, preconceitos existentes em nossa sociedade.

Atualmente, trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Vale do Jatobá fica localizada na Regional Barreiro no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Atualmente, conta com seis equipes de Saúde da Família que foram divididas por microáreas contando com mais de 28.000 usuários cadastrados em área de médio e elevado risco. Destes aproximadamente 600 são portadores de algum transtorno mental. O acolhimento dos usuários é divido por equipe, cada equipe tem acolhimento três vezes por semana em horários pré-determinados. É no acolhimento que os usuários trazem suas demandas, como agendamento de consultas, solicitação de exames e encaminhamentos, troca de receitas.

A UBS conta com os seguintes recursos humanos:

- 02 gerentes; (01 gerente geral e 01 gerente adjunto)
- 06 médicos generalistas; (atualmente temos apenas 01)
- 02 médicos clínicos;
- 01 ginecologista;
- 02 pediatra;
- 03 dentistas;

- 01 psiquiatra (atualmente a unidade está sem psiquiatra)

- 01 psicóloga
- 02 assistentes sociais;
- 06 enfermeiros;
- 18 auxiliares de enfermagem;
- 03 auxiliares administrativos;
- 02 auxiliares de limpeza;
- 03 porteiros;
- 04 estagiários – “Posso Ajudar”.

A atuação da equipe de enfermagem em uma unidade que tem 28 mil usuários cadastrados sabendo que pelo menos 20% desses são portadores de saúde mental não é fácil. Considerando que de seis equipes de saúde da família apenas uma tem médico e que a unidade está sem Psiquiatra, as equipes conseguem garantir apenas a troca das receitas. Nesta perspectiva, propomos criar um espaço terapêutico onde usuários da saúde mental e familiares possam expressar suas dúvidas, trocar experiências, receber orientações, propiciar reflexões acerca da sua doença.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi elaborado em virtude da Atenção Primária a Saúde atuar como principal porta de entrada e de acolhimento do sofrimento psiquiátrico dos usuários de sua área de abrangência e por ser os Transtornos Mentais problemas de relevância pública devido ao aumento de sua incidência no Brasil e no Mundo.

É importante a conscientização da população por meio da educação e mídia sobre os mitos que envolvem estas patologias, seus sinais, sintomas, diagnóstico e tratamento.

A ESF tem um papel fundamental na promoção, prevenção e recuperação da saúde dessas pessoas. Considerando que atualmente a equipe de profissionais da unidade está desfalcada com a falta de Médicos generalistas e Psiquiatras e que a unidade conta apenas com uma psicóloga, sabendo que a falta desses profissionais gera impacto negativo em todo o serviço, proponho a implantação do grupo de saúde mental no Centro de Saúde Vale do Jatobá, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, com sendo uma maneira de inserção e garantia de atendimento dessas pessoas e familiares na atenção básica.

3 OBJETIVO

Realizar uma revisão da literatura sobre a Saúde Mental no Brasil e elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes portadores de Distúrbios Mentais pertencentes à área de abrangência do Centro de Saúde Vale do Jatobá do Município de Belo Horizonte.

4 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com temática aberta e sem protocolo rígido para sua confecção, visando o levantamento bibliográfico das publicações que envolviam o tema em estudo, porém de forma não sistemática.

Na pesquisa, foi utilizada a base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), buscando as palavras-chaves (descritores): “saúde mental”, “exclusão”, “pacientes”.

Foram considerados artigos nacionais publicados na íntegra, no idioma Português e que contivessem alguma das palavras selecionadas. Os critérios de exclusão foram: artigos em outros idiomas que não o Português; resumos de artigos; e artigos não disponíveis no Brasil.

Após identificação dos artigos científicos por meio das bases de dados, as referências citadas pelos autores desses artigos consideradas importantes também foram utilizadas.

Em relação à elaboração do plano de ação, utilizou-se o Material do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados foram da base de dados do Scielo, com um limite temporal entre 1998 e 2012. Foram encontrados 2088 artigos, com as palavras Saúde Mental no título. Em seguida, fez-se um refinamento utilizando as palavras exclusão e paciente. Foram selecionados apenas os artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão e que trouxessem uma abordagem relevante a construção desta revisão.

Após a leitura das publicações relacionadas a temática estudada, 20 artigos foram selecionados para a execução desse trabalho. Foram identificados os principais autores que melhor retratam a questão da Saúde Mental na atualidade.

5.1 Revisão bibliográfica

Desde o inicio da revolução industrial com a substituição da mão de obra por máquinas, a população mundial sofre com problemas do desemprego, da falta de salário digno, com a violência, com o abandono de crianças e idosos, com a falta de respeito às diferenças humanas. São esses alguns dos motivos citados por aqueles que sofrem de transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da mudança de “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu para propor mudanças na superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e por outro, na ampliação dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e

normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica é o processo político e social complexo, compostos pelos governos federal, estadual e municipal, por universidades, pelo mercado dos serviços de saúde, pelos conselhos profissionais, pelas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, por movimentos sociais, em nosso território e pela opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões e conflitos (BRASIL, 2005).

Nos anos de 1972 e 1973, através do trabalhado coordenado pelo Secretario de saúde da época o Sr. Fernando Megre Velosso, só a cidade de Barbacena reduziu a internação de seus pacientes de 4000 mil para 1200. A localização da família desses pacientes foi possível com a ajuda da Associação São Vicente de Paula. O ano de 1978 foi identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Nesta ocasião a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSANM) implementou o Programa integrado de Saúde Mental, onde as equipes multiprofissionais tinham a função de realizar o acolhimento e o tratamento dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. Esse Movimento passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em 1987 ocorre o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Essa intervenção com repercussão nacional demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos surge como um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica era possível (BRASIL, 2005).

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. O texto aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal, em 2001 faz refletir sobre o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil e tem como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e a versão final modificada do substitutivo do senador Sebastião Rocha (CERQUEIRA, 2002).
Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde. A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (AMARANTE, 2003).

A década de 90 é marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para

fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Ao final do ano de 1992, o Brasil tinha em funcionamento 208 CAPS, cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos. Os recursos resultantes do não pagamento de diárias hospitalares, não eram repassados para a ampliação do atendimento extra-hospitar eram desviados para outras finalidades (BRASIL, 2005).

A declaração de Caracas em 1990 foi formulada na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina e Organizada ela Organização Panamericana de Saúde (OPAS\OMS) foi uma referencia fundamental no processo de reorientação e transformação da assistência psiquiátrica no Brasil, definiu diretrizes e estabeleceu parcerias para a sustentação de um novo modelo. Nessa conferencia, a reestruturação da atenção psiquiátrica sinalizava a vinculação necessária da saúde mental á atenção primária á saúde, como também o desenvolvimento de modelos alternativos centrados na comunidade e em suas redes sociais (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1997).

Em 2001 foi sancionada no país, a Lei Federal 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. A promulgação dessa lei impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde cria linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico além de novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste

mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, criada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realizado em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (CERQUEIRA, 2002).

Esse processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existente. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal (QUIROGA, 2008).

Atualmente o SUS conta com diversos dispositivos para atender o paciente com transtorno mental. Os Estados brasileiros contam com 725 CAPS II, 46 CAPS III, 242 CAPS ad e 122 CAPS i, num total de 1541 serviços. Além dos CAPS, a Atenção Básica conta com o apoio dos Núcleos de Apoio á Saúde da Família (NASF), também oferece atenção as pessoas com transtornos mentais. A rede de atenção á saúde mental é diversificada e também envolve os hospitais gerais, os centros de convivências e as ações de geração de trabalho e renda (IV CONFERENCIA NACIONAL DE SAÙDE, 2010).

5.2 Perfil dos pacientes portadores de distúrbios mentais Centro de Saúde Vale do Jatobá no Município de Belo Horizonte, MG.

O Centro de saúde Vale do Jatobá tem cadastrado em sua área de abrangência aproximadamente 28 mil usuários divididos em seis equipes de saúde da família, distribuídos em áreas de médio e elevado risco social, 20% desses usuários tem algum tipo de transtorno mental. Os principais Distúrbios Mentais que acometem esses usuários segundo os dados da Secretária Municipal de Saúde (SMSA) são:

Abuso de Drogas: (Dependência Química e Psicológica), Alcoolismo, Alucinógenos, Cocaína (dependência), Maconha (dependência), Tranquilizantes, Transtornos Alimentares, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa.

Transtornos de Ansiedade: Síndrome do Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).

Transtornos de Personalidade: Transtorno de Personalidade Anti-Social

Transtornos Delirantes: Esquizofrenia,Transtorno Esquizotípico

Transtornos Dissociativos: Amnésia Dissociativa,Síndrome de Despersonalização-Desrealização, Transtorno da Fuga, Transtorno de Personalidade Múltipla

Transtornos do Sono: Hipersonia, Insônia

Transtornos dos Hábitos e dos Impulsos: Cleptomania.

Transtornos Emocionais: (de Humor), Depressão, Distimia, Manias, Transtorno Bipolar, Transtorno Depressivo Recorrente.

Transtornos Sexuais: Aversão Sexual, Compulsão Sexual,Transtorno da Maturação Sexual,Transtorno de Identidade Sexual na Infância

Transtornos Somatoformes: Hipocondria, Neurastenia,Transtorno de Somatização.

6 PLANO DE AÇAO: MELHORA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE SAÚDE VALE DO JATOBÁ NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Nó Crítico	Ações	Resultados esperados	Recursos necessários
Não realização de busca ativa dos casos de saúde mental	Realizar busca ativa e visita domiciliar de todos os portadores de distúrbios mental, agendar consulta	Conhecer os usuários e família, criar vínculos, evitar que esses usuários fiquem descompensados.	Organizacional – organização das equipes para visita e busca ativa Financeiro – carro para as visitas mais longe
Baixa adesão ao tratamento.	Organizar grupos operativos sobre saúde mental Realizar os encaminhamentos necessários Criação do Lian Gong da Saúde Mental	Conscientizar o usuário e família quanto a importância do tratamento para o controle do paciente.	Organizacional – para organizar os grupos Político - local para realizar grupos Cognitivo – informação sobre o tema e estratégias de comunicação.
Dificuldades na realização de consultas e exames de rotina.	Capacitar a família e equipe para atuar como parceiro nas orientações	Manter o paciente sobrecontrole, evitar internações.	Político – contratação de Psiquiatras, médicos generalistas e psicólogos para a UBS.
Não dispensa de medicação controlada usada pelos pacientes da saúde mental durante todo o horário de funcionamento da Unidade de saúde.	Distribuir os medicamentos durante todo o horário de funcionamento da unidade, mesmo no dia de inventário e recebimento de medicamentos.	Evitar os surtos dos pacientes por falta de medicação, garantindo a adesão ao tratamento.	Organizacional – capacitação da equipe Político – contratação de novos servidores
Baixa participação dos membros da equipe, das referências do Distrito nas reuniões de matriciamento da saúde Mental.	Organizar as agendas de todos os profissionais, garantindo a participação nas reuniões. Conscientizar gerentes da importância da participação da equipe nessas reuniões.	Aumentar a participação da equipe nas reuniões de matriciamento.	Organizacional – orientar e promover recursos para que a reunião conte com todos os envolvidos na saúde mental da regional. Político – promover espaço e materiais adequados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população que sofre de algum transtorno mental é reconhecida como uma das mais excluídas socialmente. Faz-se necessário que os profissionais de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de seus usuários da área de abrangência, atuem como mensageiros aptos a sanar as dúvidas decorrentes dos transtornos mentais junto à pacientes e familiares.

Trabalhar em atividades educativas com grupo de pacientes portadores de saúde mental fortalece a importância do acompanhamento e da adesão ao tratamento, além de auxiliar a família na compreensão do processo da doença.

Atuar em grupos operativos auxilia paciente e família na quebra de tabus e exclusão social, proporcionando maior tranquilidade familiar, permitindo a eles expressar seus medos, anseios e expectativas sobre a doença.

Implantar o grupo de Saúde Mental no Centro de Saúde Vale do Jatobá contribuirá de maneira positiva nas ações de promoção a saúde e melhora dos indicadores.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **“Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil”.** In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Organização: Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação a distância, volume 3** / Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

WAIDMAN Maria Angélica Pagliarini et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo 2012.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal.** Belo Horizonte, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental :** 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS:** Os Centros de Atenção Psicossocial**.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992. **Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 1992.

BRASIL. Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. **Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2000.

BRASIL. Lei 10216 de Abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 1990.

CERQUEIRA, Roberta Cardoso. Lima Barreto. **Os caminhos da loucura. Alienação, alcoolismo e raça na virada do século XX. Dissertação (mestrado).** Rio de Janeiro, PUC, Departamento de História, 2002. 101f.

KIRSCHBAUM, D.I.R. **Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. [Tese de Mestrado].** Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 1994.

MACHADO, Roberto et AL. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – Critérios diagnósticos para pesquisa.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre saúde no mundo 2001. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra: OMS;2001.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal.** 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

VASCONCELLOS, Fátima. **"O pensamento psiquiátrico de Juliano Moreira". In: Arquivos brasileiros de psiquiatria, neurologia e medicina legal** – Vol. 99 nº 02. Abr/mai/jun de 2005. Disponível no site: http://www.aperjrio.org.br/publicacoes/revista/2005/abr/artigo8.pdf - acesso dia 27 dezembro de 2012.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção Loucura & Civilização, 2002.

QUIROGA, Ana Maria. **"Assistência e Poder: revendo uma articulação histórica"** Rio de Janeiro, Revista Praia Vermelha,18. 1 semestre, 2008