

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FERNANDO HENRIQUE SAMPAIO DE SOUZA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO A MELHORIA DA  
ASSISTÊNCIA A PACIENTES COM ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL  
RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE  
DO BOM JESUS DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA – MINAS GERAIS**

**DIAMANTINA - MINAS GERAIS**

**2019**

**FERNANDO HENRIQUE SAMPAIO DE SOUZA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO A MELHORIA DA  
ASSISTÊNCIA A PACIENTES COM ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL  
RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE  
DO BOM JESUS DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Célia Maria de Oliveira

**DIAMANTINA - MINAS GERAIS**

**2019**

**FERNANDO HENRIQUE SAMPAIO DE SOUZA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO A MELHORIA DA  
ASSISTÊNCIA A PACIENTES COM ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL  
RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE  
DO BOM JESUS DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa .Dra. Célia Maria de Oliveira – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2019.

## DEDICATÓRIA

A Deus por sua infinita misericórdia, a meus pais e demais familiares, por teu tido paciência comigo em todas as horas que precisei, dispondo de seu tempo, estimulando e acreditando na concretização deste objetivo.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me dar sabedoria e oportunidade para realizar esse grande sonho.

Aos meus pais e familiares, pelo grande apoio e incentivo.

Aos professores, com os quais tive o prazer de compartilhar experiências durante toda essa etapa.

A todos os colegas do curso que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse trabalho.

## RESUMO

O tratamento e acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde ainda se constitui um grande desafio. Há despreparo dos profissionais, baixo vínculo entre equipe assistencial e usuários, dentre outras questões. Atualmente grande dificuldade dos profissionais que tratam pessoas com transtornos mentais é inclusão social, muitos pacientes sofrem com preconceito e com discriminação. Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhorar o acolhimento e a adesão ao tratamento dos pacientes com distúrbios mentais na Estratégia de Saúde da Família Bom Jesus do município de Diamantina-MG. A busca por estudos para compor a revisão de literatura foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando os descritores: Saúde mental, Suicídio, Estratégia Saúde da Família e Educação em saúde. O Projeto de Intervenção foi construído seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Foram propostas ações de capacitação da equipe assistencial, palestras visando a prevenção de agravos associados ao abuso de álcool e outras drogas, além de ações educativas voltadas à prevenção do suicídio. Espera-se, a partir das ações propostas, melhor assistir as pessoas com transtornos mentais adstritos à referida Unidade de Saúde, proporcionando melhor condição de saúde e qualidade de vida aos envolvidos. É esperado ainda melhor preparo dos profissionais para lidar com tais usuários.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Transtornos Mentais.

## **ABSTRACT**

The treatment and follow-up of patients with mental disorders in primary health care is still a great challenge. There is unprepared professionals, low link between care team and users, among other issues. Currently great difficulty for professionals dealing with people with mental disorders is social inclusion; many patients suffer from prejudice and discrimination. This work aims to develop an intervention project to improve the reception and adherence to the treatment of patients with mental disorders in the Health Strategy of the Bom Jesus family in the municipality of Diamantina-MG. The search for studies to compose the literature review was performed in the Virtual Health Library using the descriptors: Mental Health, Suicide, Family Health Strategy and Health Education. The Intervention Project was built following the steps of situational strategic planning. Actions were proposed to train the care team, lectures aimed at the prevention of diseases associated with alcohol and other drug abuse, as well as educational actions aimed at the prevention of suicide. It is hoped that, based on the proposed actions, it will be better to assist people with mental disorders attached to this Health Unit, providing better health conditions and quality of life to those involved. Further training of professionals is expected to address such users.

**Keywords:** Mental Health. Primary Health Care. Mental Disorders.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|       |   |
|-------|---|
| ABS   | Atenção Básica à Saúde                                    |
| APS   | Atenção Primária à Saúde                                  |
| BVS   | Biblioteca Virtual em Saúde                               |
| CAPS  | Centro de Atenção Psicossocial                            |
| DM    | Diabetes melito ( <i>Diabetes mellitus</i> )              |
| ESF   | Estratégia Saúde da Família                               |
| HAS   | Hipertensão arterial sistêmica                            |
| IBGE  | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística           |
| IDH   | Índice de desenvolvimento humano                          |
| MS    | Ministério da Saúde                                       |
| MTSM  | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental               |
| PES   | Planejamento estratégico situacional                      |
| PSF   | Programa Saúde da Família                                 |
| SIOPS | Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde |
| UBS   | Unidade Básica de Saúde                                   |
| USF   | Unidade de Saúde da Família                               |



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | 10 |
| <b>1.1 Aspectos gerais do município e da comunidade</b> .....                        | 10 |
| <b>1.2 O sistema municipal de saúde</b> .....  | 10 |
| <b>1.3 A Unidade Básica de Saúde Bom Jesus</b> .....                                 | 11 |
| <b>1.4 Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade</b> ..... | 12 |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....   | 14 |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....   | 15 |
| <b>3.1 Objetivo geral</b> .....  | 15 |
| <b>3.2 Objetivos específicos</b> .....   | 15 |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....   | 16 |
| <b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....   | 17 |
| <b>5.1 Saúde Mental</b> .....  | 17 |
| <b>5.2 Suicídio</b> .....  | 18 |
| <b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....  | 19 |
| <b>6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)</b> .....                  | 20 |
| <b>6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)</b> .....                   | 20 |
| <b>6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)</b> .....                             | 20 |
| <b>6.4 Desenho das operações (sexto passo)</b> .....                                 | 20 |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 24 |
| <b>REFERENCIAS</b> .....   | 25 |

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município e da comunidade**

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Diamantina está situado no nordeste do estado de Minas Gerais, na região do Alto Jequitinhonha, distante 290,8km da capital do Estado Belo Horizonte. Conta com uma população estimada de 47.617 habitantes (IBGE, 2018). Possui área territorial de 3.870km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,716. Sua economia vem da exploração de pedras preciosas, “vida universitária” e turismo. Tem um clima quente e temperado (IBGE, 2018).

A comunidade Bom Jesus tem, aproximadamente, 4000 habitantes. Localizada na periferia de Diamantina, e se formou, principalmente, a partir da exploração de cristais e minério, na década de 1930. Atualmente, a população empregada trabalha em empresas de turismo, faculdades, no comércio ou estão aposentados. É grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos. Nas últimas administrações, em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa, a comunidade tem recebido algum investimento público, por exemplo, em escolas, centros de saúde e creches. Não existem muitas iniciativas de trabalho na comunidade, sendo assim, são conservados hábitos e costumes históricos (IBGE, 2018)..

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

Segundo o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, o valor investido em saúde é de 15% da arrecadação mensal no município. As transferências de pacientes são feitas, principalmente, para Belo Horizonte e Montes Claros (SIOPS, 2017). O município conta com 13 unidades de saúde.

Quanto aos especialistas conveniados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), existem as seguintes especialidades: cardiologia, pediatria, urologia,

ortopedia, dermatologia, clínica geral, cirurgia geral, angiologia, otorrinolaringologia e outros como: psicologia, fisioterapia, nutrição. Porém, quando necessário, os usuários são encaminhados para os centros de referência que são: Belo Horizonte e Montes Claros. Existe um hospital de grande porte no município responsável por essa atuação. A atenção hospitalar funciona 24h por dia. Existe ainda uma farmácia de baixo custo e também medicações liberadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Como somos ponto de referência, nosso município tem um grande fluxo de pessoas que vêm de outras áreas para um atendimento mais especializado.

A população tem vários planos de saúde que não tem relação com o sistema de saúde pública. Temos disponível o modelo de Atenção Básica à Saúde (ABS) que nos disponibiliza uma atenção primária e secundária, além de centros especializados como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

### **1.3 A Unidade Básica de Saúde Bom Jesus**

A unidade básica de saúde do Bom Jesus foi inaugurada há cerca de quatro anos e está situada na Rua Elvira Ramos Couto, Bairro Bom Jesus, Diamantina - MG . É uma casa alugada, adaptada.

A equipe é formada por oito agentes comunitários de saúde, cada um responsável por uma microárea. Além dos agentes comunitários de saúde, a equipe é composta por: duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, um médico, uma recepcionista e uma zeladora.

O funcionamento da UBS ocorre de segunda a sexta de 7:00h as 17:00h, sendo dividido em: consultas de demanda espontânea, consultas agendadas, visitas domiciliares. É necessário o apoio dos agentes comunitários, que trabalham todos os dias, para atender as necessidades da população, agendando visitas domiciliares e orientando os pacientes para renovação de receitas. São disponibilizadas 12 fichas pela manhã, além de demanda espontânea. Os pacientes retiram suas senhas para o agendamento de consultas. Todas as manhãs são realizadas consultas agendadas. Segunda-feira á tarde é realizada puericultura, terça-feira é realizado pré-natal, quarta-feira é feita visita domiciliar, às quintas-feiras é realizada atenção a saúde mental, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), e às sexta-feira são realizadas reuniões dos grupos de orientações.

Na comunidade, os problemas de saúde mais relevantes são: a alta prevalência de HAS, DM, risco cardiovascular aumentado, automedicação, fármaco dependência (psicotrópicos, principalmente benzodiazepínicos) e relacionados á saúde mental.

#### **1.4 Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

O Planejamento estratégico situacional (PES) envolve uma série de passos, e visa identificar os problemas existentes em determinada comunidade, avaliar os problemas passíveis de intervenção, propor as intervenções, bem como estabelecer a viabilidade das mesmas, monitorar e controlar as ações propostas (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

O primeiro passo do PES é justamente o levantamento dos problemas que acometem a comunidade. No caso da comunidade adstrita à Unidade Básica de Saúde Bom Jesus, no município de Diamantina – MG, o levantamento foi feito pelo método de Estimativa Rápida, durante a reunião do Conselho Local de Saúde, em que membros da equipe e representante da comunidade, por meio de tempestade de ideias, cada participante pôde referir os problemas que na sua visão mais afetavam os moradores da comunidade.

Os problemas identificados foram:

1. Falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida.
2. Alto consumo de medicamentos psicotrópicos entre idosos.
3. Crescimento do número de hipertensos.
4. Crescimento do número de diabéticos.
5. Alto índice de afecções respiratórias em crianças e idosos.
6. Ruas sem calçamento adequado.
7. Baixa adesão ao pré-natal por adolescentes grávidas.
8. Alto consumo de álcool e outras drogas.
9. Baixa adesão ao exame preventivo de Câncer do Colo do Útero.

10. Alto índice de transtornos de ansiedade e depressão nos moradores da comunidade.

### 1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Após a estimativa rápida, procedeu-se a priorização dos problemas, que foi realizada a partir da utilização de uma matriz Transcendência, Urgência e Capacidade - TUC (Quadro 1), em que os problemas são priorizados a partir da análise dos critérios de “Importância”, “Urgência” e “Capacidade de Enfrentamento”.

**Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à Unidade Básica de Saúde Bom Jesus, município de Diamantina, estado de Minas Gerais.**

| Problemas   | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização**** |
|---|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
| Falta de acompanhamento adequado aos pacientes com a saúde mental comprometida  | Alta         | 07         | Parcial                        | 1º                      |
| Alto consumo de medicamentos psicotrópicos entre idosos   | Alta         | 04         | Parcial                        | 3º                      |
| Crescimento do número de hipertensos  | Alta         | 04         | Parcial                        | 4º                      |
| Crescimento do número de diabéticos   | Alta         | 03         | Parcial                        | 5º                      |
| Alto índice de afecções respiratórias em crianças e idosos  | Alta         | 02         | Parcial                        | 8º                      |
| Ruas sem calçamento adequado  | Média        | 01         | Fora                           | -----                   |
| Baixa adesão ao pré-natal por adolescentes grávidas   | Alta         | 02         | Parcial                        | 6º                      |
| Alto consumo de álcool e outras drogas  | Alta         | 01         | Fora                           | -----                   |
| Baixa adesão ao exame preventivo de Câncer de Colo de Útero   | Alta         | 02         | Parcial                        | 7º                      |
| Alto índice de transtornos de ansiedade e depressão na Atenção Primária   | Alta         | 04         | Parcial                        | 2º                      |
| *Alta, média ou baixa<br>** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30<br>***Total, parcial ou fora<br>****Ordenar considerando os três itens |              |            |                                |                         |

Fonte: Autoria Própria, 2019.

## 2 JUSTIFICATIVA

De acordo com Diehl *et al.* (2010) a problemática de saúde mental no Brasil vai além de oferecer leitos ou tratamentos adequados aos pacientes. Um dos primeiros entraves é justamente o desconhecimento da equipe assistencial sobre a população com transtornos mentais. Neste contexto Heck *et al.* (2012) afirmam que precisa haver um somatório de forças visando a melhoria da saúde mental como um todo, com busca ativa, acolhimento adequado, acompanhamento e reinserção social das pessoas com transtornos mentais.

A orientação e acompanhamento dos pacientes com saúde mental comprometida é levada em consideração pela equipe da Estratégia de Saúde da Família Bom Jesus. Contamos com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma instituição destinada a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer- lhes atendimento médico e psicológico (BRASIL, 2004).

Mesmo contando com o apoio do CAPS, a equipe não está adequadamente preparada para realizar um acompanhamento e existe muita resistência por parte da família. Sendo assim, para melhorar o atendimento aos pacientes com alteração da saúde mental, é necessário mudanças no processo de trabalho, além de um melhor preparo dos profissionais.

A Unidade de Saúde da Família (USF) tem um papel importante na orientação, conscientização da população por meio de educação em saúde, esclarecendo dúvidas que envolvam estas doenças. Considerando a dificuldades dessas pessoas de ter acesso a um especialista em psiquiatria, o presente projeto de intervenção se justifica por buscar aumentar a resolutividade na Atenção Básica em saúde mental, reduzindo os custos em saúde e também usuários com tais queixas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção visando a melhoria do atendimento as pessoas com sofrimento mental na Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, em Diamantina – Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Capacitar a equipe de saúde para uma melhor assistência em saúde mental.
- Estruturar processos de acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais.
- Promover ações educativas em saúde, visando à prevenção do suicídio.
- Realizar ações educativas voltadas à redução do consumo de álcool e outras drogas.

## 4 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir dos preceitos do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES foi inicialmente desenvolvido, pelo então ministro do Planejamento no Chile, Carlos Matus e busca, a partir da análise de uma realidade, propor estratégias de enfrentamento, monitoramento e avaliação. Trata-se de uma metodologia “flexível, tem como cerne os problemas e adota (para lidar com os problemas) uma abordagem subjetiva” (RIEG *et al.*, 2014, p. 418).

A elaboração da proposta de intervenção aqui descrita foi realizada a partir do diagnóstico situacional da comunidade de Bom Jesus, no município de Diamantina – MG, seguida de uma revisão de literatura sobre o problema priorizado, visando maior embasamento teórico, e posteriormente a elaboração de um plano de ação.

Os dados utilizados para o diagnóstico situacional foram obtidos a partir de informações coletadas pelos membros da equipe, dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, dados da Secretaria Municipal do município de Diamantina – MG, relatos de informantes-chaves da comunidade, bem como dados de prontuários da equipe de saúde e fichas de cadastro individual, familiar e saúde do trabalhador do município e da área de abrangência.

A busca por estudos para compor a revisão de literatura foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Transtornos Mentais.

Após aprovado, o projeto será apresentado à equipe de saúde, e estruturado um calendário de atividades, visando a atuação multiprofissional, e participação de toda equipe.



## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Saúde Mental

A saúde mental é uma parte integrante e essencial da saúde. A constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta a amplitude do conceito de saúde, estabelecendo-se que este vai além da ausência de doença, e engloba o bem-estar físico, social e mental do indivíduo. Saúde mental é definida não só pela ausência de transtorno mental, mas pela capacidade das pessoas em lidar com dificuldades e os estresses diários sem promover danos para seu psicológico, podendo ser uma pessoa ativa no seu meio social (BAPTISTA, 2004).

Saúde mental é problema muito antigo de saúde pública. As pessoas doentes não recebiam assistência médica, geralmente eram tratados por curandeiros, padres, sacerdotes. O início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário” nos anos 1970, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa de saúde coletiva equidade na oferta de serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão de tecnologias de cuidado. (BRASIL, 2007).

Em 1978 aconteceu o início dos movimentos social a favor dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Foi um movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) que denunciavam e lutavam contra a violência aos pacientes psiquiátricos nos manicômios. Em 1987, o II Congresso Nacional do MTSM adota uma sociedade sem manicômios. Neste mesmo ano, na cidade de São Paulo, surge o primeiro CAPS no Brasil.

Em 1992, inspirados no projeto Lei de Paulo Delgado, os movimentos sociais que protegem os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais conseguiram aprovar a substituição dos leitos psiquiátricos por redes integradas de atenção a saúde mental. Entretanto, somente em 2001, a Lei Paulo Delgado foi sancionada, o projeto foi substituído pela Lei original, promovendo efetivamente as mudanças.

A partir desta data, foram realizadas fiscalizações para redução dos leitos psiquiátricos e pessoas que estavam internadas por longos períodos foram beneficiadas pela criação do Programa “De Volta para Casa”.

Sena *et al.* (2011) afirmam que mais de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo consomem bebidas alcoólicas, sendo o álcool responsável por 3,2% de todas as mortes ocorridas no mundo. Neste sentido, para Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) a saúde mental no Brasil possui como grandes desafios, como a redução do consumo de álcool e outras drogas, o tratamento dos transtornos depressivos e a prevenção do suicídio.

## 5.2 Suicídio

O termo suicídio deriva do latim, sendo formado a partir dos termos *sui* (si mesmo) e *caedes* (ato ou ação de matar), significando, portanto, o ato de promover a própria morte. Desde Hipócrates o suicídio é concebido como ato extremo, intimamente relacionado à melancolia e ao estado depressivo. No ano de 1767, o suicídio passou a ser interpretado como crime, assumindo em 1827 a denominação de problema psiquiátrico, e posteriormente tornou-se uma desordem biológica (CORRÊA e BARRETO, 2006; DIEHL; CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio pode ser considerado um ato deliberado, levado em frente por uma pessoa que tem plena consciência do resultado fatal advindo deste ato. Desta forma, classifica-se como suicídio a morte em que voluntariamente a pessoa executa, por acreditar ser capaz de promover a própria morte. Em contrapartida, a tentativa do suicídio é conceituada como ato realizado buscando a própria morte, mas não chegou ao óbito (CASSORLA, 2004).

Castro, Cunha e Souza (2011) afirmam que é bastante complexo determinar a etiologia do comportamento suicida, visto que, envolve fatores psicológicos, como história de vida e aspectos emocionais, mas também fatores biológicos diversos, e não totalmente desvendados.

Minayo e Cavalcante (2013, p.2) conceituam suicídio como “um ato deliberado de infligir a morte a si próprio”. De acordo com as autoras, existem diversos fatores de risco que podem levar uma pessoa a cometer tal ato, mas grande parte destes possui relação com depressão ou traumas. Na pesquisa realizada pelas mesmas, tendo como objeto de estudo casos de idosas com histórias singulares que suicidaram, as autoras verificaram relação entre os casos no que diz respeito à contextos familiares conflituosos, problemas familiares desencadeados pelo alcoolismo e quadros de depressão não tratados.

Cardoso e Galera (2009) afirmam que há uma diferença entre o tipo de óbito comum em mulheres e homens, enquanto as primeiras optam por meios menos violentos, como ingestão de fármacos, os homens comumente aderem à métodos violentos, com menor probabilidade de salvamento. Desta forma, as estatísticas apontam que há uma maior proporção de homens que conseguem levar a tentativa de suicídio até o final.

O estudo realizado por Botega *et al.* (2009) apontam que 17% dos habitantes, com idade superior a 14 anos e inferior a 30 anos, já “pensaram seriamente em pôr fim à vida”. Destes, 5% chegou a planejar o ato e 3% tentaram de fato o suicídio. Conforme referenciado pelos autores, a maioria dos jovens pesquisados não tinha certeza do motivo que os motivou a tentar o suicídio, contudo, na amostra estudada observou-se uma redução da perspectiva de vida, e um constante conflito psíquico.

Conforme relatado por Heck *et al.* (2012) estima-se que a média brasileira para mortes por suicídio seja em torno de 4,3 óbitos/100 mil habitantes. Contudo, tal média não é uniforme, apresentando-se mais elevada em alguns estados brasileiros, como o Rio Grande do Sul (10,2/100.00 habitantes) e Santa Catarina (7,9/100.000 habitantes).

De acordo com Kaplan *et al.* (2013) nos Estados Unidos ocorrem aproximadamente 37 mil mortes por suicídios por ano, sendo esta uma das dez causas mais comuns de óbitos no país. Sendo quatro vezes mais prevalente em homens do que em mulheres.

Apenas no estado de Minas Gerais, em 2012, foram registradas 1204 mortes por suicídio. Contudo, estima-se que tal incidência seja bem mais elevada, visto que em grande parte do país os dados do DataSUS não são abastecidos como deveriam.

No âmbito nacional, os suicídios respondem por 6,6% das mortes por causas externas, e segundo Vidal, Gontijo e Lima (2013) o seu risco é tão maior, quanto maior for a ocorrência de tentativas, antes do fato definitivo.

No estudo realizado por Molina *et al.* (2014) os usuários de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram avaliados quanto à presença de transtorno depressivo maior, risco de suicídio e transtornos de ansiedade. Dos 1.069 indivíduos participantes da pesquisa 1,9% fazia uso recorrente do álcool, 27,9% apresentavam transtornos de ansiedade e 14,9% foram considerados com “risco de suicídio”.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

Quando falamos de saúde mental, nos deparamos com a falta de informações dos familiares, a resistência na aceitação de um problema, a dificuldade para exercer o acompanhamento e o vício em medicamentos. Verifica-se no cotidiano assistencial um aumento considerável dos usuários portadores de transtornos mentais. Entretanto, o tratamento e a inserção dessas pessoas na sociedade não vêm ocorrendo de maneira adequada.

Na UBS Bom Jesus existem 234 usuários cadastrados e em acompanhamento pela equipe Saúde Mental, entre estes, 173 usuários fazem uso de medicação controlada de forma contínua. No ano de 2017, houve três casos de suicídio na comunidade e no ano de 2018 foram registradas oito tentativas de suicídio na região, sendo três consumados.

### **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

As possíveis causas para o sofrimento mental ou a o agravamento dos sintomas psíquicos no ESF Bom Jesus são:

- Fatores sociais: morte de um ente querido, utilização de drogas ilícitas, problemas familiares;
- Interrupção do tratamento;
- Grande demanda de paciente e baixa capacidade da equipe para orientar e atender os pacientes;
- Ambiente familiar: a falta de conhecimento e falta de apoio dos familiares;
- Preconceito da comunidade: pouca aceitação e difícil reinserção do paciente na comunidade.

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

Os nós críticos selecionados são:

- Falta de conhecimento dos familiares sobre sofrimento mental;
- Dificil inclusão social dos pacientes com sofrimento mental;
- Falta de preparo da equipe para lidar com pacientes com transtornos mentais.

### **6.4 Desenho das operações (sexto passo)**

**Quadro 2** - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ baixa qualidade na assistência à saúde mental ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, do município de Diamantina, estado de Minas Gerais.

|  |  |
|--|--|
| <b>Nó crítico 1</b>  | <b>Falta de conhecimento dos familiares sobre sofrimento mental</b>  |
| <b>Operações</b>   | Palestra sobre saúde mental para familiares;<br>Roda de conversa com familiares de usuários com transtornos mentais  |
| <b>Projeto</b>   | Ajudando quem é próximo!   |
| <b>Resultados esperados</b>                                | Orientar adequadamente os familiares sobre os transtornos mentais, suas complicações, tratamento e formas de abordagem no contexto familiar.   |
| <b>Produtos esperados</b>                                  | Adesão de pelo menos 50% dos familiares convidados (intradomiciliares) às ações;<br>Convite a todos os contatos intradomiciliares dos usuários portadores de Transtornos Mentais.  |
| <b>Recursos necessários</b>                                | Materiais: Cartilha explicativa.<br>Organizacionais: Agentes Comunitários de Saúde, Médico, Enfermeira, Psiquiatra do CAPS.<br>Cognitivos: Conhecimento sobre a temática.<br>Políticos: Parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e profissionais do CAPS |
| <b>Recursos críticos</b>                                   | Político: Adesão dos profissionais.  |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                      | Realizar ações em horários compatíveis, agendadas com antecedência.  |
| <b>Ações estratégicas</b>                                  | Palestra na UBS (bimensalmente)<br>Roda de conversas (Quinzenalmente)  |
| <b>Prazo</b>   | 12 meses   |
| <b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>      | Médico, equipe de Enfermagem e ACS.  |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b> | Mensalmente, os pacientes serão reavaliados durante as consultas médicas. Durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, os familiares serão questionados sobre a participação nas ações educativas.  |

Fonte: Autoria Própria, 2019.

**Quadro 3** - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ baixa qualidade na assistência à saúde mental ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, do município de Diamantina, estado de Minas Gerais.

|  |  |
|--|--|
| <b>Nó crítico 2</b>                                    | <b>Baixa inclusão social dos pacientes com transtorno mental</b>   |
| <b>Operações</b>                                       | Dinâmicas de socialização;<br>Palestras;<br>Terapias e recursos manuais.   |
| <b>Projeto</b>   | “Inclusão é preciso”   |
| <b>Resultados esperados</b>                            | Aumentar a inclusão social e diminuir o preconceito.   |
| <b>Produtos esperados</b>                              | Criação de grupos para interação e desenvolvimento de trabalhos manuais.   |
| <b>Recursos necessários</b>                            | Estrutural: ter um espaço que consiga abranger a todos os pacientes.<br>Financeiro: recursos para montar grupos operativos.<br>Político: conseguir criar e aprovar projetos. |
| <b>Recursos críticos</b>                               | Político: conseguir aprovação de projetos<br>Financeiro: recursos para a montagem de grupos operacionais   |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                  | Prefeitura Municipal   |
| <b>Ações estratégicas</b>                              | Criar e apresentar projetos  |
| <b>Prazo</b>   | Seis meses   |
| <b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b> | Enfermeira, ACS, Psicólogo do CAPS e secretaria de ação social.  |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b> | Equipe do ESF junto a Secretaria Municipal de Saúde  |

Fonte: Autoria Própria, 2019.

**Quadro 4** - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ baixa qualidade na assistência à saúde mental ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, do município de Diamantina, estado de Minas Gerais.

|  |  |
|--|--|
| <b>Nó crítico 3</b>  | <b>Falta de preparo da equipe para lidar com pacientes com transtornos mentais.</b>  |
| <b>Operações</b>   | Realização de Encontros de Capacitação   |
| <b>Projeto</b>   | Capacitando quem cuida   |
| <b>Resultados esperados</b>                                | Orientar adequadamente profissionais, visando maior segurança, proatividade e resolutividade em saúde mental.  |
| <b>Produtos esperados</b>                                  | Adesão de 100% dos profissionais aos encontros de capacitação.   |
| <b>Recursos necessários</b>                                | <p>Materiais: Cartilha explicativa, Ficha de cadastro, Material de Apoio.</p> <p>Organizacionais: Médico, Psiquiatra e Psicólogo do CAPS.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre a temática.</p> <p>Políticos: Parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e profissionais do CAPS</p> |
| <b>Recursos críticos</b>                                   | Político: Adesão dos profissionais.  |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                      | Realizar ações em horários compatíveis, agendadas com antecedência.  |
| <b>Ações estratégicas</b>                                  | Encontros mensais de capacitação, com componentes teóricos, práticos e lúdicos. Serão seis encontros.  |
| <b>Prazo</b>   | Seis meses   |
| <b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>      | Médico proponente  |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b> | Após cada oficina de capacitação serão coletados depoimentos dos participantes, bem como dúvidas e sugestões destes para as próximas ações.  |

Fonte: Autoria Própria, 2019.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A equipe de saúde da Atenção Primária à Saúde permite um maior contato com os usuários adstritos à UBS, possibilitando assim melhor conhecimento sobre o contexto de vida e acompanhamento da condição de saúde. Entretanto, usualmente os profissionais da equipe básica não possuem formação específica em saúde mental, o que pode gerar insegurança no trato com pacientes com transtornos mentais, ou mesmo a redução da resolutividade da atenção básica. Neste sentido, se faz necessária capacitação da equipe para atuar de forma ampliada e humanizada, promovendo ações e acompanhamentos para o controle de evolução dos pacientes.

Por outro lado, o usuário com transtornos mentais tende a se isolar socialmente, o que acaba contribuindo para piora do quadro de saúde e redução da sua qualidade de vida. Os familiares comumente desconhecem as peculiaridades dos quadros de sofrimento mental e/ou possuem mitos e preconceitos que interferem diretamente no tratamento dos indivíduos afetados.

Espera-se com as ações propostas aumentar o conhecimento da equipe e da comunidade sobre transtornos mentais, além de contribuir para maior reinserção social das pessoas com transtornos mentais, seja no seio familiar ou na comunidade como um todo.



## REFERENCIAS

- BAPTISTA, M. N. **Suicídio e Depressão: Atualizações**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.
- BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira *et al.* Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
- BOTEGA, N. J.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B. de.; BARROS, M. B. de A.; SILVA, V. F.; DALGALARRONDO, P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 25, n.12, p. 2632-2638, 2009.
- CORRÊA, H.; BARRETO, S. P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B.G., BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed; p. 21-33, 2004.
- CASTRO, M. L.; CUNHA, S. S.; SOUZA, D. P. O. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra das Garças, MT. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 45, n. 6, p. 1054-1061, 2011.
- CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. El cuidado em salud mental em la actualidad. **Mental Health Care Today**, São Paulo, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>> Acesso em: 20 maio 2018.
- DATASUS. Departamento de Informática do SUS. s/d. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em 16 abr. 2019.
- DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química: prevenção, Tratamento e Políticas públicas**. Porto Alegre, Ed. Artmed, 2011.
- DIEHL, A. *et al.* **Farmacológicos para Dependência Química: da evidência científica à prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- HECK, R. M. *et al.* Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 26-33, mar., 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades: Diamantina – MG. 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/diamantina/panorama>. Acesso em 20 abr. 2019.

KAPLAN, M. S. *et al.* Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. **NIHPA Manuscripts, Inj Prev.**v.19, n.1, p.38-43, 2013.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2405-2415, Dec. 2013.

MOLINA, M. R. A. L. *et al.* Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.

RIEG, D.L. *et al.* Aplicação de procedimentos do planejamento estratégico situacional (PES) para estruturação de problemas no âmbito empresarial: estudos de casos múltiplos. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 417-431, 2014.

SENA, E. L. S. *et al.* Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-318, jun. 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA.SIAB. **Dados Epidemiológicos.** s/d. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siab>. Acesso em 11 abr. 2019.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. SIOPS **Repasses Financeiros.** 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>. Acesso em 22 dez., 2018.

TANCREDI, F. B., BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde.** V. 2, São Paulo: FSP/USP, 1998.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, jan. 2013.