

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANGEL LUIS GARCES HECHAVARRIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO
TERAPÊUTICA DOS PACIENTES COM DEPRESSÃO MAIOR, NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ CAVALCANTE DE ARAÚJO,
MATRIZ DE CAMARAGIBE – ALAGOAS.**

**MACEIÓ – ALAGOAS
2016**

ANGEL LUIS GARCES HECHAVARRIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO
TERAPÊUTICA DOS PACIENTES COM DEPRESSÃO MAIOR, NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ CAVALCANTE DE ARAÚJO,
MATRIZ DE CAMARAGIBE – ALAGOAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof.^a: Valeria Bezerra Santos

**MACEIÓ - ALAGOAS
2016**

ANGEL LUIS GARCES HECHAVARRIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO
TERAPÊUTICA DOS PACIENTES COM DEPRESSÃO MAIOR, NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ CAVALCANTE DE ARAÚJO,
MATRIZ DE CAMARAGIBE – ALAGOAS.**

Banca Examinadora

Examinador 1: Profa. Valéria Bezerra Santos – UFAL

Examinador 2 – Prof. Polyana Oliveira Lima – UFAL

Aprovado em Belo Horizonte, em 05 de abril 2016.

DEDICATORIA

Aos meus pais por que foram eles que me deram este dom maravilhoso: a vida.

A minha família por acreditar em mim apoiando-me.

AGRADECIMIENTO

A Deus por me conceder à força necessária para trilhar este caminho.

A minha família pelo apoio e incentivos.

A minha equipe de saúde da UBS José Cavalcante de Araújo, pela sua parceria e Paciência durante a coleta de dados.

A minha orientadora professora: Valeria Bezerra Santos, pelo apoio orientações e Caminho durante esta construção.

RESUMO

As síndromes depressivas são atualmente reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública. Este trabalho se justifica pelo elevado número de pacientes com transtorno psiquiátrico (45 pacientes), sem adesão terapêutica e pelo risco aumentado de complicações e suas consequências. O objetivo é propor um plano de ação para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento e medicamentos usados pelos usuários com depressão maior. Para a efetivação dos objetivos, buscou-se elaborar um plano de intervenção, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) segundo Campos, Faria, Santos (2010) e pesquisa bibliográfica nas bases de dados da LILACS e SciELO. Utilizou-se os descritores em Ciências da Saúde como: Adesão a diretivas antecipadas, agentes antipsicóticos, saúde mental, avaliação em enfermagem e enfermagem psiquiátrica. Com base nas informações sobre a situação de saúde, foram definidos nós críticos a serem trabalhados por meio de uma intervenção para aumentar a taxa de adesão e reduzir o número de usuários que estão com acompanhamento médico errado, definindo fluxo adequado de cuidado e de ações preventivas e por fim, garantir atendimentos de qualidade além de aumentar a qualidade de vida.

Palavras chave: Adesão a diretivas antecipadas. Agentes antipsicóticos. Saúde mental. Avaliação em enfermagem. Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

The depressive syndromes are currently recognized as a priority public health problem. This work is justified by the high number of patients with mental disorder (45 patients), without therapeutic adhesion and the increased risk of complications and consequences. The goal is to propose an action plan to improve patients' adherence to treatment and medicines used by users with major depression. For the implementation of the goals, sought to draw up a contingency plan, using the method of the Situational strategic planning (PES). According to fields, Do, Santos (2010) and bibliographical research in the databases LILACS and SciELO. We used the health sciences descriptors as: Directives anticipates adhesion, antipsychotics agents, health, nursing evaluation and psychiatric nursing. Based on information about the health situation, we critics have been defined to be worked through an intervention to increase the membership fee and reduce the number of users with wrong medical follow-up, defining adequate flow of care and preventive actions and ensure quality care as well as increase the quality of life.

Key words: Adherence to advance policies. Antipsychotics agents. Mental health. Nursing assessment. Psychiatric nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

Apresentação do município

Nome do município: Matriz de Camaragibe

Localização: O município está 84.1 km da capital do estado, Maceió.
Municípios limítrofes: Novo Lino, Joaquim Gomes, São Luiz do Quitunde, Passo de Camaragibe, Porto de Pedra e Porto Calvo.

População: 23.785 habitantes (IBGE do ano 2010)

Histórico de criação do município

O município de Matriz de Camaragibe desenvolveu seu núcleo, enquanto povoado, no então Alto do Outeiro, hoje Alto da Igreja Velha, onde está instalado um cruzeiro.

Ao receber como doação de sua irmã, Dona Brite Pimentel (grande proprietária de terras e de sete engenhos de açúcar) um de seus engenhos na povoação de Camaragibe, José de Barros Pimentel, já em sua primeira visita, doou uma parte de suas terras a Gonçalo Moreira, para que fosse construída a Igreja de Bom Jesus.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1950, o distrito de Matriz de Camaragibe, figura no município de Passo de Camaragibe ex-Camaragibe. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1955.

Elevado à categoria de município com a denominação de Matriz Camaragibe, pela lei nº 2093, de 24-04-1958, desmembrado de Passo de Camaragibe.

Uma das curiosidades da história de Matriz é ter sido uma das únicas cidades do interior que chegou a ter imprensa própria.

Hoje, Matriz de Camaragibe (conhecida como a "Princesa do Norte") tem entre suas grandes atrações, os banhos de cachoeiras nas fazendas Serra D'Água e Santa Maria.

1.4 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

1.4.1 - Aspectos Geográficos

Indicadores:

Área total do município 219 292 Km²

Concentração habitacional

Nº aproximado de domicílios e famílias 5 903 Domicílios 6 091 Famílias

1.4.2 - Aspectos Socioeconômicos

Indicadores:

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,584

Taxa de Urbanização 92,9%

Renda Média Familiar 209 R\$

% de Abastecimento de Água Tratada 3 516 famílias com abastecimento de água pela rede pública.

% de recolhimento de esgoto por rede pública 5,4%

Principais Atividades Econômicas A economia do município se baseia na indústria (açúcar e álcool), agricultura e pecuária.

1.4.3 - Aspectos Demográficos 1:

Quadro1: População segundo faixa etária e área de localização. Matriz de Camaragibe. Ano 2010.

Total da população 23.785									
Nº de indivíduos	total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60+
Área urbana	22.096	2020	2439	2691	2331	1910	5083	3778	1844
Área rural	1.689	179	160	249	167	182	320	352	80
Total	23.785	2199	2599	2940	2498	2092	5403	4130	1924

Fonte: IBGE ano do 2010

1.4.4 - Aspectos Demográficos 2

Indicadores:

Taxa de Crescimento Anual

Densidade demográfica 108,12 (Hab /Km²)

Taxa de Escolarização 4 541 Matrículas (Ensino fundamental) 769 Matrículas (Ensino médio)

Quadro 2. Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza. Matriz de Camaragibe. Ano 2010

Incidência da Pobreza	60,24	%
Incidência da Pobreza Subjetiva	63,27	%
Índice de Gini	0,42	
Limite inferior da Incidência da Pobreza Subjetiva	54,69	%
Limite inferior da Incidência de Pobreza	49,00	%
Limite inferior do Índice de Gini	0,38	
Limite superior da Incidência de Pobreza	71,47	%
Limite superior do Índice de Gini	0,45	
Limite superior Incidência da Pobreza Subjetiva	71,86	%

Fonte: IBG Censo Demográfico do ano 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003

**Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil
População (%) usuária da assistência à saúde no SUS**

100% da população faz uso do SUS, mesmo o pessoal que tem plano de saúde.

1.5 - Território/Área de Abrangência

Número de família e de habitantes 915 famílias e 3.223 habitantes.

Nível de alfabetização 5.048 pessoas de 15 ou mais de idade, e 31,5%, não sabem ler ou escrever no município.

Taxa de Emprego e principais postos de trabalho

A principal fonte de emprego é a usina Camaragibe e funcionários públicos da prefeitura.

Como vivem, de que vivem, como morrem.

A maioria da comunidade vive com um nível de renda baixo devido o nível alto de desemprego e muitos moradores vivem em casas alugadas e outros em casas cedidas pelo estado.

Causa de óbito comum na região, são provenientes de doenças crônicas e por tráfico de drogas.

1.5.1 Recursos da Comunidade

Outros recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas)

O município tem um hospital para a demanda imediata, um laboratório municipal, uma farmácia na Secretaria de Saúde, 27 escolas de ensino fundamental (25 públicas municipais e duas públicas estaduais), uma escola pública estadual de ensino médio e inúmeras igrejas (43,68% da população católica e 28,91% evangélicas).

Em projeto de construção estão uma creche, uma UBS e dois poços Artesianos. Nosso território de abrangência somente conta com escolinhas rústicas, sem as devidas condições e algumas igrejas.

Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos)

100% de energia elétrica no município.

Tem agência de correios e do Banco do Brasil, caixas eletrônicas do Bradesco.

3.516 famílias têm abastecimento de água pela rede pública.

Os serviços ficam na área urbana (FONTE: Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2012. IBGE. Censo Demográfico, 2010.)

1.5.2. Unidade Básica de Saúde

Inserção na comunidade (localização e acesso)

Localizada na Avenida Antônio Manoel dos Santos, 34, com bom acesso da população para suas consultas de acompanhamento e para fazer as visitas domiciliares com a equipe de saúde de nossa área de saúde

Horário de funcionamento

De segunda a sexta feira, das 8.00 às 12.00 horas e das 13.00 às 17.00 horas.

1.5.3 - Recursos Humanos

Número, profissão, horário de trabalho.

Seis agentes comunitários de saúde, com 40 horas de trabalho semanal.

Uma auxiliar de enfermagem, com 40 horas de trabalho semanal.

Um enfermeiro, com 40 horas de trabalho semanal.

Um médico, com 40 horas (32 horas de trabalho e 8 horas de estudo) semanal.

1.5.4 - Recursos Materiais

Área física e uso

A UBS neste momento conta com as condições de trabalho adequadas.

A ventilação e a iluminação são suficientes.

Para o atendimento dos pacientes tem materiais como a pesagem de lactantes e adultos, equipe de esterilização.

Os banheiros têm condições.

A UBS tem água potável.

Quadro 3- Atendimento aos programas pela equipe da UBS 6, José Cavalcante de Araújo, de outubro de 2014 a fevereiro de 2015. Município matriz de Camaragibe. Ano 2016

PROGRAMAS REALIZADOS	Quantidade
Puericultura	153
Pré-natal	63
Prevenção câncer cérvico uterino	33
Diabetes	80
Hipertensão	285
Tuberculose	00
Hanseníase	00
Asma	10

Prontuários individuais e ficha de atendimento diário

Quadro 4 - Procedimentos realizados pela equipe da UBS 6, José Cavalcante de Araújo de outubro de 2014 a fevereiro de 2015. Matriz de Camaragibe. Ano 2016.

Procedimentos	Quantidade
Consultas de enfermagem	800
Consultas médicas	872
Curativos	23
Visitas domiciliares	79
Retirada de pontos cirúrgicos	10
Reunião de equipe	10
Terapia de reidratação oral	08

Inalação	00
----------	----

Prontuários individuais e ficha de atendimento diário

1.6 – Sistema Local de Saúde:

Conselho Municipal de Saúde (composição, regularidade de reuniões etc)

Tem como função atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive, aspectos econômicos e financeiros. Ele é composto por 8 membros efetivos e 8 suplentes. O Conselho tem caráter deliberativo, ou seja, ele tem poder de decidir sobre a saúde pública no município de Matriz de Camaragibe. Está previsto na lei federal 8.142/90, que normaliza e participação da sociedade na saúde.

Está localizado na Avenida Dr Osma Mascarenho, S/nº, ao fundo da igreja católica, e funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 às 17:00.

Sistema de Referência e Contra referencia. Redes de Média e Alta Complexidade

O sistema de referência e contra referência funciona através da Secretaria de Saúde e do hospital, é demorado e ainda não satisfaz a demanda. Não tem redes de média e alta complexidade.

Recursos Humanos em Saúde (número de profissionais, forma de vínculo, carga horária semanal, horário de trabalho, etc) 136 trabalhadores, deles 03 estrangeiros (médicos cubanos), 108 efetivos e 28 contratados, com uma carga horária de 40 horas semanais (32 horas, os médicos cubanos, e 8 horas de estudo).

2 JUSTIFICATIVA

A depressão é a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis, entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que, nos próximos 20 anos, a depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo, afetando a maior quantidade de pessoas do que qualquer outro problema de saúde. A doença que mais irá gerar altos custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com tratamento para a população e às perdas de produção. O transtorno depressivo maior é extremamente prevalente e apresenta elevada morbidade e mortalidade. A porta de entrada para atendimento de pacientes psiquiátricos que utilizam o Sistema Único de Saúde é a atenção primária. (BELLONI, 2008, p.15)

Justifica-se a escolha do tema pelo elevado número de pacientes com transtorno psiquiátrico (45 pacientes), sem adesão terapêutica, que procuram o Centro de Saúde José Cavalcante de Araújo, do município Matriz de Camaragibe/AL. Não existem dados estatísticos que mostrem a prevalência desse problema nessa UBS, mas pela elevada procura se percebeu problema em alta dimensão no território.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior, na unidade de saúde José Cavalcante de Araújo, no município Matriz de Camaragibe /AL.

3.2. Objetivos Específicos

Identificar fatores que interferem no comportamento da não adesão dos doentes com depressão ao regime terapêutico;

Determinar as estratégias usadas pelos profissionais de saúde no comportamento de adesão dos doentes ao regime terapêutico;

Deteminar as estratégias utilizadas pelos doentes para aderir ao regime terapêutico;

Desenvolver atividades educativas, com as pessoas com transtornos mentais, para aumentar seus conhecimentos sobre suas condições;

Identificar junto aos participantes, aos que aderiram ao projeto terapêutico prescrito.

4 METODOLOGIA

Neste trabalho será utilizado o método simplificado de Planejamento Estratégico Situacional conforme Campo Faria Santos (2010), desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e os resultados, recursos necessários para a concretização das operações), identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição), elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução), definir o modelo de gestão do plano de ação.

Para a construção desse projeto serão utilizados trabalhos científicos disponíveis na base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, dentre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas, serão selecionados conforme sua relevância.

Os descritores a serem utilizados nesse trabalho serão: Atenção Primária à Saúde, Transtorno Depressivo Maior, Adesão Terapêutica, Sistema Único de Saúde, Depressão, Transtornos Mentais e Psicotrópicos.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

“As síndromes depressivas são atualmente reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública, uma vez que, segundo a OMS, a depressão maior unipolar afeta cerca de 50 milhões de pessoas ao redor do mundo, sendo considerada a principal causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002 p 326-336)

Do ponto de vista psicopatológico, os transtornos depressivos têm como elemento principal, o humor triste. No entanto, elas são caracterizadas por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, podendo estar presentes, concomitantemente, sintomas psicóticos e fenômenos biológicos. (DALGALARRONDO, 2000, p 7).

Segundo Machado Vasquez, (2001 p 227-233):

“Síndromes depressivas caracterizam-se por diminuição em quase todos os aspectos das emoções e do comportamento, humor desolado e pessimista. Os “sintomas variam desde diminuição da atividade física e mental até ideias de morte e tentativa suicida.”.

Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado. (CARAVEO-ANDUGA, COLMENARES, SALDIVAR, 1999 p 7-17)

Alguns autores como Widlöche e Parker (1994, p. 316-325), enfatizam a importância das alterações psicomotoras, em particular referindo-se à identificação ou retardo psicomotor.

Frequentemente encontrados na comunidade, esses transtornos representam um alto custo social e econômico, pois, por muitas vezes incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de estar associada a grande deterioração da qualidade de vida. Estas características se agravam, ao considerar que apesar da alta prevalência deste tipo de sintomatologia, há ainda dificuldade no reconhecimento dos quadros de transtornos mentais não psicóticos, que são muitas vezes confundidos com problemas orgânicos, sendo erroneamente tratados.

(MACHADO VASQUEZ, 2001, p. 227-233): Estimativas sugerem que, do total de casos existentes, 50 a 60% não são prontamente diagnosticados, o que só ocorre, em média, após quadro anos de iniciado os primeiros sintomas. (MOURA, 2011, p. 1-2).

A depender da gravidade, esse transtorno requer tratamento medicamentoso para o controle dos sintomas. O tratamento medicamentoso da depressão precisa ser continuado por tempo variável após a remissão dos sintomas (FLECK; GREVET; CORDOELI, 2012, sp.)

O seguimento adequado da prescrição medicamentosa é necessário para obtenção de benefícios clínicos e redução dos riscos de recaída e recorrência. No entanto, a maior parte dos pacientes que recebe prescrição de antidepressivos interrompe prematuramente o tratamento ou o conduz de forma inconsistente (SANSONE, R.; SANSONE, L., 2012, p. 41-6).

Os estudos existentes sobre a problemática da adesão terapêutica evidenciam que um dos principais problemas com que o Sistema Nacional de Saúde se depara, é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, cujas consequências se refletem tanto na mobilidade como na mortalidade. (ALFONSO, 2004, p. 3)

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o projeto de intervenção facilita o planejamento de todas as ações necessárias para atingir o resultado desejado. No momento do planejamento a equipe discutiu sobre os problemas identificados, levantam quais seriam suas causas e pensa sobre as estratégias, identificando e relacionando das atividades prioritárias tendo em vista os resultados esperados. Ele deve ser elaborado considerando as demandas e avaliações dos usuários e o cenário em que estão envolvidos.

Depois de identificar os problemas a equipe determinou prioridades dos mesmos baseados em dois critérios:

- **Importância:** se refere ao tamanho e amplitude do problema.
- **Capacidade de intervenção:** é o quanto a equipe tem de governabilidade, recurso humano, qualificação técnica, recurso material e tecnológico (tecnologia leve, moderada e dura) para enfrentar e resolver o problema.

Cada membro da equipe escolheu um problema por critério, depois se fez uma somatória de participantes por cada problema e se deu ordem de prioridade.

As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos Quadros 1 a 4

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jose Cavalcante de Araújo , em, Matriz de Camaragibe Alagoas

Nó crítico 1	Desconhecimento e falta de informação dos pacientes em relação à sua doença
Operação	Atentar para hábitos e estilo de vida inadequados e orientar quanto a necessidades de mudanças dos mesmos (tabagismo, sedentarismo, obesidade)
Projeto	Saúde mental na melhoria da qualidade de vida
Resultados esperados	Capacitação da população para que ela possa desenvolver a promoção a saúde
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação dos pacientes Divulgação nos meios de comunicação locais. Grupo operativo de saúde mental

Atores sociais/ responsabilidades	Equipe 6 Jose Cavalcante de Araújo Medico, Enfermeiro, técnico em enfermagem e agente de saúde e Funcionários do CAPS
Recursos necessários	Estrutural: Estrutura física PSF, recursos humanos – equipe de saúde, equipamentos (Datashow, cartasses, etc.). Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Financeiro: Para folhetos de informação do tema, recursos audiovisuais, etc. Político: Articulação com a rede de saúde mental Mobilização da população
Recursos críticos	Políticos: Articulação com a rede de saúde mental. Financeiros: Financiamento dos projetos. Estrutural: física, material didático e informativo. Cognitivo: profissionais capacitados (psicólogos psiquiatras e assistente sociais)
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria municipal de saúde. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação de projetos. (palestras em escolas, igrejas, associações de moradores, e salas de espera) Encaminhamento dos pacientes com indicação clínica, para o PSF e CAPS para avaliação, medicação e acompanhamento dos mesmos
Responsáveis:	Equipe de saúde, secretarias municipal de saúde, Secretaria municipal de educação, presidentes de associações e líderes religiosos.
Cronograma / Prazo	O Início e término do projeto depende da campanha e tema abordado, podendo variar de um a trinta dias
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Relatórios semanais ou mensais dependendo da campanha, essa avaliação deve ser feita através da consolidação dos dados obtidos.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jose Cavalcante de Araújo , em, Matriz de Camaragibe Alagoas

Nó crítico 2	O uso incorreto da medicação e/ou automedicação, Adesão terapêutica.
Operação	Informar o paciente seus familiares sobre a importância do uso adequado da medicação e seus benefícios se tomados de acordo com a prescrição medicas e mantidos os horários
Projeto	Saúde mental na melhoria da qualidade de vida

Resultados esperados	Pacientes aptos a desenvolverem a promoção à saúde bem orientados e informados sobre a importância em manter o tratamento.
Produtos esperados	Aumento do nível de informação dos pacientes torna-los aptos e conscientes da necessidade do uso correto da medicação
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe 6 Jose Cavalcante de Araújo Medico Enfermeiro, técnico em enfermagem e agente de saúde e Funcionários do CAPS.
Recursos necessários	Estrutural: Estrutura física PSF, recursos humanos – equipe de saúde, equipamentos (Data show, cartasses, etc.) Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Financeiro: Para folhetos de informação do tema, recursos audiovisuais, etc. Político: Articulação com a rede de saúde mental Mobilização da população
Recursos críticos	Políticos: Articulação com a rede de saúde mental. Financeiros: Financiamento dos projetos Estrutural: física, material didático e informativo. Cognitivo: profissionais capacitados (psicólogos psiquiatras e assistente sociais)
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria municipal de saúde. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação de projetos (palestras em escolas, igrejas, associações de moradores, e salas de espera), Encaminhamento dos pacientes com indicação clínica, para o PSF e CAPS para avaliação, medicação e acompanhamento dos mesmos
Responsáveis:	Equipe de saúde, secretarias municipal de saúde, Secretaria municipal de educação, presidentes de associações e líderes religiosos.
Cronograma / Prazo	O Início e termino do projeto depende da campanha e tema abordado, podendo variar de um a trinta dias.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Relatórios semanais ou mensais dependendo da campanha, essa avaliação deve ser feita através da consolidação dos dados obtidos.

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jose Cavalcante de Araújo , em, Matriz de Camaragibe Alagoas.

Nó crítico 3	Não garantia, em tempo hábil, dos medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes depressivos e ou com distúrbios mentais.
---------------------	---

Operação	Disponibilizar em tempo hábil, as medicações em quantidades necessárias de acordo com prescrição médica, para a adesão as terapias. Agendamentos e consultas especializadas com a rede integrada da saúde
Projeto	Saúde mental na melhoria da qualidade de vida.
Resultados esperados	Garantia de medicamentos e medidas de adesão terapêutica para os pacientes com depressão maior.
Produtos esperados	Capacitação de pessoal, Relato e reuniões mensais para avaliação da cobertura, Compra de materiais e insumo previsto, Agendamento e retorno de consulta especializadas, Agendamento de consultas com redes integradas de saúde psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, nutricionista, etc
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe 6 Jose Cavalcante de Araújo Medico Enfermeiro, técnico em enfermagem e agente de saúde e Funcionários do CAPS.
Recursos necessários	Estrutural: Estrutura física PSF, recursos humanos – equipe de saúde, equipamentos (Data show, cartasses, etc.) Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Financeiro: Para folhetos de informação do tema, recursos audiovisuais, etc. Político: Articulação com a rede de saúde mental Mobilização da população
Recursos críticos	Políticos: Articulação com a rede de saúde mental Mobilização da população. Financeiros Financiamento dos projetos. Estrutural: física, material didático e informativo Cognitivo: profissionais capacitados (psicólogos psiquiatras e assistente sociais)
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria municipal de saúde. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação de projetos (palestras em escolas, igrejas, associações de moradores, e salas de espera), Encaminhamento dos pacientes com indicação clínica, para o PSF e CAPS para avaliação, medicação e acompanhamento dos mesmos
Responsáveis:	Equipe de saúde, secretarias municipal de saúde, Secretaria municipal de educação, presidentes de associações e líderes religiosos.
Cronograma / Prazo	O Inicio e termino do projeto depende da campanha e tema abordado, podendo variar de um a trinta dias.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Relatórios semanais ou mensais dependendo da campanha, essa avaliação deve ser feita através da consolidação dos dados obtidos.

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jose Cavalcante de Araújo , em, Matriz de Camaragibe Alagoas

Nó crítico 4	Os pacientes portadores de doenças neuro psicológicas som mal informados com relação a sua doença.
Operação	Capacitação da população em saúde mental orientando quanto aos fatores de risco e como lidar com o paciente portador de patologia neuropsicológicas .
Projeto	Saúde mental na melhoria da qualidade de vida.
Resultados esperados	População consciente suas condições mentais respeitando-se como um todo e elevando sua auto estima.
Produtos esperados	Maior integração da rede publica de saúde junto a população, desenvolvendo um novo olhar ao paciente de saúde mental.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe 6 Jose Cavalcante de Araújo Medico Enfermeiro, técnico em enfermagem e agente de saúde e Funcionários do CAPS.
Recursos necessários	Estrutural: Estrutura física PSF, recursos humanos (equipe de saúde) médicos, psicólogos, psiquiátricos, enfermeiros, Téc. saúde, agente comunitário de saúde. Equipamento, recursos audiovisuais, folhetos informativos, cartazes etc Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Financeiro Compra e impressão de folhetos informativos sobre o tema, banners, Datashow, cartazes entre outros, recursos audiovisuais, etc Político: Articulação coma rede de saúde mental junto as equipes de saúde da família e mobilização da população.
Recursos críticos	Políticos Articulação com a rede de saúde mental Mobilização da população Financeiros: Financiamento dos projetos Estrutural: física, material didático e informativo Cognitivo: profissionais capacitados (psicólogos, psiquiatras e assistente sociais)
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria municipal de saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação de projetos.(palestras em escolas, igrejas, associações de moradores, e salas de espera), Encaminhamento dos pacientes com indicação clínica, para o PSF e CAPS para avaliação, medicação e acompanhamento dos mesmos.
Responsáveis:	Equipe de saúde, secretarias municipal de saúde, Secretaria municipal de educação, presidentes de associações e lideres religiosos.
Cronograma / Prazo	O Inicio e termino do projeto depende da campanha e tema

	abordado, podendo variar de um a trinta dias.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Relatórios semanais ou mensais dependendo da campanha, essa avaliação deve ser feita através da consolidação dos dados obtidos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com esse Plano de Intervenção identificar fatores que influenciam o comportamento de adesão dos doentes ao regime terapêutico, no Centro de Saúde José Cavalcante de Araújo, município Matriz de Camaragibe /AL.

Além disso, espera-se possibilitar o desenvolvimento de competências para que os profissionais de saúde possam ajudar os doentes a criarem as suas próprias estratégias de maneira a cumprirem com mais rigor um determinado regime terapêutico; aumentar a taxa de adesão e reduzir o número de usuários que estão com acompanhamento médico errado, definindo fluxo adequado de cuidado e de ações preventivas e por fim, garantir atendimentos de qualidade além de aumentar a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALFONSO, Pedro - **Será depressão ou simplesmente tristeza?** Publicações Universitárias e Científicas, Cascais 2004, 1.^a Edição-ISBN: 9789728818241.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-IV-TR: **Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais.** 4.^a ed. revisão de texto. Lisboa: Climepsi, 2002.p. 325-336- ISBN 972-796-020-0.

BELLONI. **Os Parâmetros Necessários Para Def artigos e trabalhos de pesquisa.** 2008. Disponível em: www.trabalhosfeitos.com/topicos/belloni-2008. Acesso em: 15 fev. 2016.

CAMPOS, F. C. C.; et/al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARAVEO-ANDUAGA J.; COLMENARES E; SALDÍVAR E., **Estudio clínico-epidemiológico de los transtornos depresivos.** Saúde Mental 1999; 22(2):7-17. Disponível em: www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17.../mgi04301.htm. Acesso em: 15 abr. 2016

DALGALARRONDO P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** 2000 Disponível : www.digimed.ufc.br/wiki/index.php/Síndromes_Depressivas. Acessado em: 20 de mar 2015.6):41–6. Disponível:: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acessado em: 20 de mar 2015.

FLECK P.A.M ;GREVET.H.E ; CORDOELI. V.A. **Depressão maior e distímia :diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico** (psicofarmacos:consulta rápida :porto alegre, Artmed 2005, p 317)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico: **resultado do universo relativo às características da população e domicílios e resultados da amostra das famílias.** Matriz de Camaragibe, IBGE, 2010.

MACHADO VAZQUEZ, A. **Caracterização clínico epidemiológica del síndrome depressivo.** Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17 (3):227-233. Disponível em: www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17.../mgi04301.htm Acesso em: 15 de abr. 2016

MOURA, A. S. **Transtornos Mentais Comuns e Qualidade de Vida.** Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito para aprovação na Disciplina de Monografia em Psicologia. Fortaleza, 2011.

SANSONE, R. A., SANSONE, L. A. **Antidepressant adherence:are patients taking their medications?** Innov Clin Neurosci [Internet]. 2012 [cited 2012 october 29];9(5-6):41–6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: 20 mar. 2015.

WIDLÖCHER D.J.; PARKER , Psychomotor retardation: ano 1994 **clinical, theoretical and psychometric aspects**. Psychiatric Clinics of North America 1983;6:27-40.