

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE – UFCSPA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

Sávio Silva Soares

Portfólio do Curso de Especialização em Saúde da Família

Porto Alegre
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE – UFCSPA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

Sávio Silva Soares

Portfólio do Curso de Especialização em Saúde da Família

**TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL EM GRUPO NA ROTINA
DO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO EM UMA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE - RS**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de
especialização em Saúde da Família - UNA-
SUS/UFCSPA como Trabalho de conclusão.
Orientadora: Dra. Ana Amélia Nascimento da Silva
Bones

Porto Alegre - RS
2017

SUMÁRIO

1. Introdução.....	5
2. Estudo de Caso Clínico.....	8
3. Promoção da saúde, educação em saúde e níveis de prevenção.....	11
4. Visita domiciliar / atividade no domicílio.....	15
5. Reflexão conclusiva.....	17
Anexo I – Projeto de Intervenção.....	20
Referências.....	33

1. INTRODUÇÃO

Sou o Sávio Silva Soares, tenho 27 anos, natural de Macau-RN, procedente de Brasília, local onde morei a maior parte da minha vida até agora. Fiz toda a minha formação básica e acadêmica nesta cidade e formei em Medicina no ano de 2014 pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS/DF). Trabalhei durante o primeiro ano de formado em Emergências e Medicina do Trabalho, campos que me proporcionaram bastante experiência profissional e pessoal. Iniciei o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) no mês de maio de 2016 e o primeiro posto de saúde que fui alocado chama Estratégia de Saúde da Família (ESF) – Morro dos Sargentos, no município de Porto Alegre - RS. Fiquei cerca de dois meses nesta estratégia, porém por motivos de segurança e guerra de tráfico de drogas, a unidade foi fechada e tive que solicitar remanejamento dentro do município.

A população estimada para o ano de 2016 da cidade de Porto Alegre - RS é de 1.481.019, sendo que não há dados de população residente em área rural. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,805 e a expectativa de vida de 76,46 anos. Há cerca de 205 equipes de saúde da família que atendem aproximadamente 290 mil moradores da cidade.

Agora estou alocado na ESF – Viçosa desde julho. A unidade fica no bairro Lomba do Pinheiro, dentro de Porto Alegre, em uma rua próxima a parada de ônibus 13 (aqui convencionou-se a fazer essa divisão por paradas de ônibus). Trata-se de uma rua sem saída, porém com duas ruas perpendiculares e quase no final fica a ESF, entre duas casas de moradores e pacientes. O bairro é considerado de vulnerabilidade alta, perigoso, com alto índice de tráfico de drogas e homicídios, mas com saneamento básico, coleta de lixo e sem esgoto a céu aberto. A população varia de extrema baixa renda a pessoas com nível social e econômico elevado. Apesar dos relatos e das notícias, desde que iniciei as atividades na unidade não aconteceu nenhum evento excepcional de violência, roubo ou assassinato.

A região da Lomba do Pinheiro é composta pelos bairros Agronomia e Lomba do Pinheiro, tem 62.315 habitantes, representando 4,42% da população do município. A taxa de analfabetismo é de 4,03% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,07 salários mínimos.

Fundada no ano de 1996, a ESF – Viçosa presta assistência atualmente a um número estimado de 841 famílias, segundo dados coletados junto as planilhas dos ACS's do mês de novembro de 2016. A estrutura física é pequena, possuindo dois consultórios, um de enfermagem e outro médico, um consultório odontológico completo, sala de triagem, sala de

vacina, sala de acolhimento, recepção junto com a farmácia e uma sala para os ACS's, além da copa dos funcionários. Faltam vários materiais para trabalho como luvas, medicamentos, formulários, macas adequadas, ambiente de recepção acolhedor, e reforma do espaço. Apesar do que falta, contamos com computadores em todas as salas, duas impressoras, ar-condicionado em toda unidade, equipamentos básicos como esfigmomanômetro, estetoscópio, espelhos vaginais, otoscópio, sonar, glicosímetros e etc.



Figura 1: Fachada da ESF - Viçosa (Fonte: portoalegre.rs.gov.br)

O quadro de funcionários é composto por uma equipe de Saúde da Família única, possuindo, então, um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro Agentes Comunitários em Saúde (ACS), além de uma equipe de Saúde Bucal, integrada por um dentista e duas auxiliares. Importante ressaltar que esta ESF conta, ainda, com residentes de áreas multiprofissionais como Enfermagem, Odontologia, Nutrição e Fonoaudiologia. Todos eles com uma escala que integra e complementa a escala do restante dos funcionários da equipe.

A demanda maior dos atendimentos é para os idosos, pacientes com diabetes mellitus,

hipertensão arterial e doenças psiquiátricas. A prevalência dessa última comorbidade é alarmante aqui no território e mesmo contando com uma equipe adequada do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a demanda supera facilmente a oferta de serviços prestados. Um pouco sobre o NASF que acompanha a unidade: há uma psiquiatra, uma psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social e residentes multiprofissionais dessas áreas. Fazem visitas e matriciamento regularmente, duas vezes por mês em dias diferentes, sendo que em um dia é apenas a psiquiatra. Sempre que possível, a discussão do caso é complementada com uma consulta conjunta.

Em face do exposto sobre a prevalência das doenças psiquiátricas e considerando o relato da enfermeira coordenadora da unidade, além da sugestão da psiquiatra do NASF e a ausência de grupos de apoio na unidade, decidi por fazer um projeto de intervenção (em anexo) com esses pacientes e montar o grupo GAM (Gestão Autônoma da Medicação), cuja grande proposta é instruir os doentes e familiares sobre as doenças que possuem e como entender melhor as medicações, além de oferecer mais um espaço de acolhimento, convivência e oportunidade para população assistida pela ESF – Viçosa.

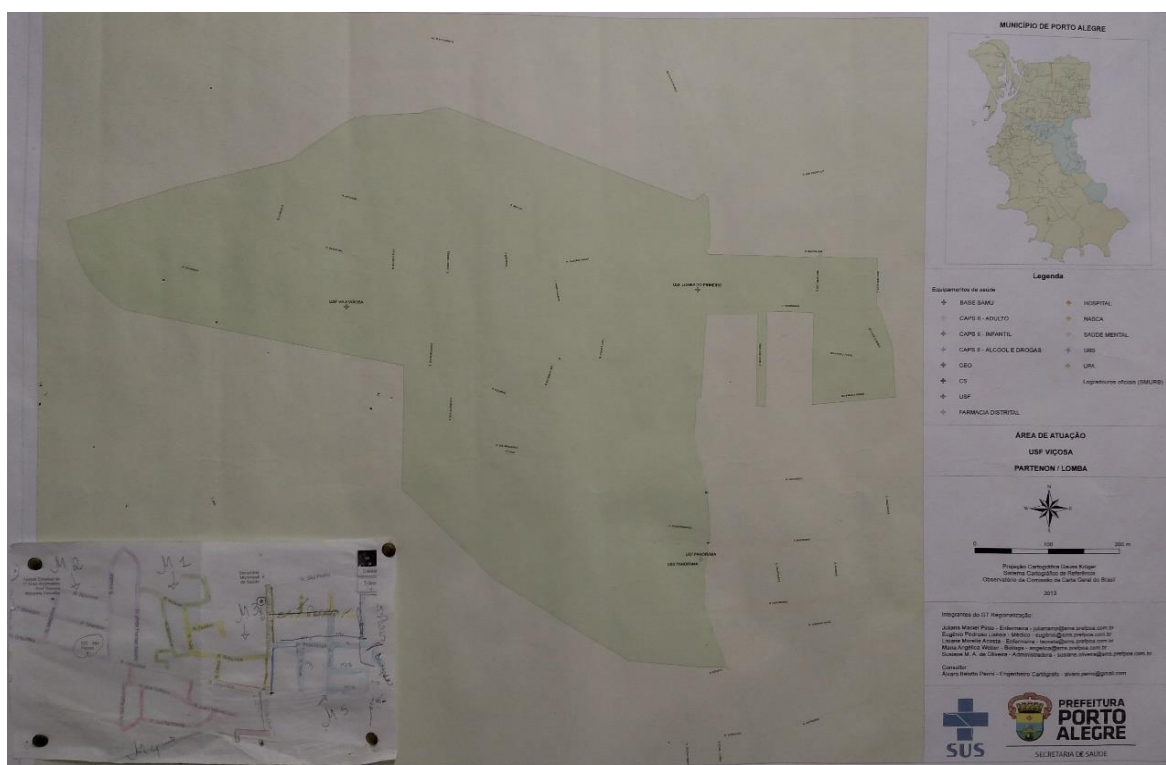


Figura 2 - Mapa de Abrangência da ESF - Viçosa (Fonte: Autor, 2016)

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O caso clínico que será apresentado vai de encontro com o que se tem de maior demanda ou uma das maiores demandas dentro da ESF – VIÇOSA, que é a saúde mental. Foi escolhido também por representar algumas mudanças nas minhas condutas e fazer uma interligação entre consulta com NASF, grupo de apoio GAM (Gestão Autônoma da Medicação) e as mudanças na minha perspectiva quanto as doenças psiquiátricas. Trata-se da paciente A.M.B.S, 58 anos, feminina, branca, aposentada, católica, viúva, natural e procedente de Porto Alegre-RS. Portadora de Ansiedade, Depressão, Insônia e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), fazendo uso de Clonazepam 2mg, um comprimido ao dia; Diazepam 5mg, um comprimido a noite; Salbutamol 100mcg 2 jatos de 8/8 horas; Beclometasona 250mcg, um jato de 12/12 horas. Compensada clinicamente dos sintomas respiratórios da DPOC, porém com queixas psiquiátricas.

A paciente convive atualmente com sua irmã de 59 anos, desde a morte do seu marido, há um ano. Além da irmã e da paciente, convivem na mesma residência, o marido da irmã, um senhor de 59 anos, dois netos, filhos de sua filha que não vive em na cidade, uma menina de 12 anos e um menino de 5 anos de idade. A casa é de alvenaria, tem cinco cômodos e a paciente divide seu quarto com as duas crianças. É importante relatar que na casa existe um quintal onde há um jardim cultivado pela paciente, atividade de lazer que ela sempre referiu nas consultas. As condições de saneamento básico são adequadas, porém a limpeza e higiene da casa é precária, pois ninguém assume esse papel, apenas a neta que realiza algumas tarefas.

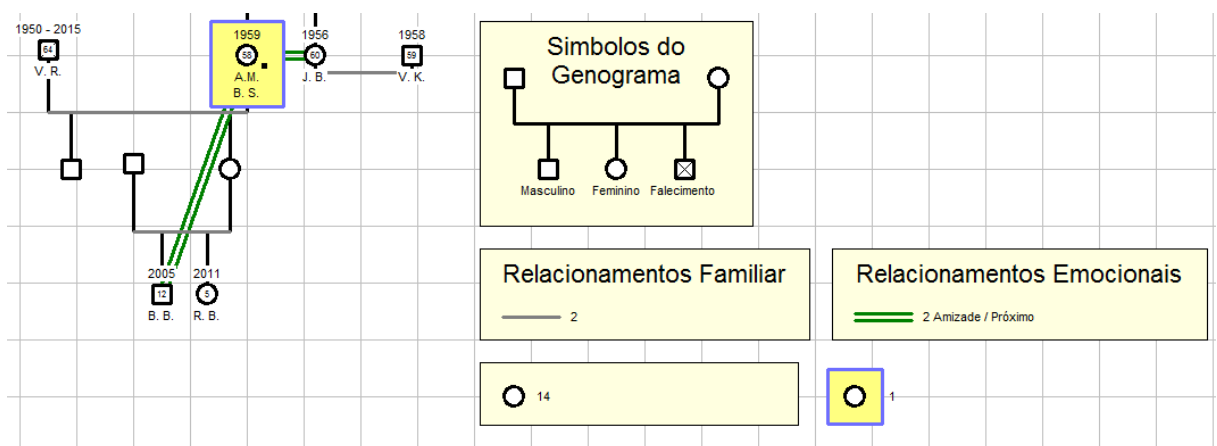


Figura 3 - Genograma do Núcleo Familiar da Paciente através da ferramenta Genopro (FONTE: Autor, 2016)

Todas as informações foram coletadas em prontuário físico, eletrônico e a partir de consultas desde que iniciei as atividades na ESF. As doenças da paciente se iniciaram há

aproximadamente oito anos após morte do seu irmão, quanto precisou iniciar benzodiazepínicos na tentativa de manter seu estado mental vigil menos alterado e sem crises de pânico. À época, aquela medicação foi prescrita de forma esporádica e não contínua, porém a paciente não apresentava melhora e precisou iniciar Fluoxetina, Diazepam e Clonazepam de forma contínua. Durante algum tempo fez uso dessas medicações, depois ficou vários anos sem uso e se mantendo em bom estado mental. Ocorreram mais dois óbitos em sua família no ano de 2015, um deles foi do seu marido e o outro do irmão da paciente, ambos possuíam forte relação afetiva com a paciente. Neste momento de sua vida, passando pelo luto, procurou a unidade de saúde e há descrição de uma consulta conjunta com a psiquiatra do NASF, na época uma outra profissional, e decisão por reintroduzir as medicações citadas. Apesar de indicação de psicoterapia e tentativa de encaminhamento para centros especializados, a paciente não chegou a conseguir nenhum apoio fora da unidade, exceto a horta comunitária que existe no bairro e é mantida pelos próprios moradores.

Dentro da epidemiologia dos transtornos mentais (TM), a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicaram um relatório trazendo dados relevantes sobre os TM, os quais correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade. Alguns fatores relacionados às condições socioeconômicas, como o desemprego, a baixa escolaridade, o estado civil (divorciado, separado ou viúvo), o sexo, as condições precárias de habitação, o trabalho informal e o não acesso aos bens de consumo, foram identificados como possíveis determinantes para os altos índices de doenças mentais nos estudos analisados. Quanto a idade, a faixa etária de 25-54 anos apresenta maiores índices. Em relação ao gênero, observou-se que as mulheres são mais acometidas pelos transtornos de ansiedade, de humor e os somatoformes, enquanto nos homens há uma prevalência dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. (SANTOS E SIQUEIRA, 2010)

Nesse contexto e considerando as informações fornecidas pela equipe sobre a prevalência dos transtornos mentais na unidade, fiz a escolha de montar um grupo de apoio as pessoas e familiares convivendo com doenças psiquiátricas, sendo a ideia sugerida a partir de uma conversa com a psiquiatra do NASF que acompanha a comunidade. E, a partir disso, surgiu o projeto de intervenção.

A prática de psicoterapia de grupo tomou proporções maiores, no Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica, que no contexto da desinstitucionalização, houve a elaboração de novas abordagens terapêuticas que englobassem a dimensão psicossocial do sofrimento, levando em consideração a inclusão social, a subjetividade humana, a cidadania e autonomia.

(BENEVIDES et al., 2010). Há concordância na literatura de que as práticas de terapia psicossocial proporcionam várias formas de atividades, tais como motoras, sociais e autoexpressivas. Ampliando, assim, a habilidade e a autonomia dos pacientes envolvidos, permitindo aflorar criatividade e expressão, características importantes no tratamento dos TM. (VALLADARES et al., 2003).

Fui, então, apresentado ao método de apoio aos usuários convivendo com transtornos psiquiátricos conhecido como GAM. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia para ajudar a entender os medicamentos, levando em consideração todos os aspectos envolvidos, como a vida das pessoas que os usam, suas relações e os efeitos colaterais. Cada usuário tem uma experiência única ao usar psicofármacos e aumentar o poder de negociação entre usuário e os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento – sobretudo com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos, faz parte da GAM. Dois princípios nortearam a criação da estratégia GAM, a autonomia e cogestão. O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira foi também o responsável pela difusão do conceito de autonomia, colocando o indivíduo em relação com os outros, e não sozinho. A autonomia é vivida quando as pessoas compartilham o que pensam e sentem, ao invés de se fecharem em suas ideias. E a cogestão entra como um conceito para fortalecer essa relação médico paciente, pois é o fazer junto, tomar decisões a partir de acordos, conversas e sempre levando em consideração o que os usuários sabem e pensam do seu tratamento. (ONOCKO-CAMPOS, PASSOS E PALOMBINI et al, 2014)

Quando a paciente foi ao posto pela primeira vez desde que eu estava lá, fazia uso das medicações, apresentava várias queixas de sintomas depressivos, desvalia, insônia, desmotivação e foi também para renovar suas receitas, oportunidade que usei para convidá-la ao grupo. Após alguns encontros aplicando a estratégia GAM, a paciente apresentou uma melhora importante dos sintomas, diminuiu o uso de Clonazepam, tornando-se mais ativa, passou a se cuidar melhor e cuidar do seu jardim que sempre gostou. Fez vários relatos durante os encontros do grupo se referindo a importância no seu tratamento que o grupo trouxe, além das mudanças no seu cotidiano, sociabilidade, relação familiar e autoconhecimento.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A unidade Viçosa, assim como todas as estratégias de saúde da família dentro do município de Porto Alegre, desenvolve as campanhas de prevenção nacionais básicas. O Programa Saúde na Escola é o principal deles e durante todo ano existem atividades junto aos alunos das escolas cadastradas na unidade, que são duas. A equipe de saúde bucal desenvolve palestras com orientações e a enfermagem faz grupos de discussões com temas variados como sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, adolescência, drogas, entre outras. Além desse, é feito o Outubro Rosa, Novembro Azul, Dia da Mulher e nas campanhas de vacinação é realizado uma ação com a comunidade, mas no sentido de orientar, pois não há vacinas há algum tempo.

Infelizmente, a ESF não tinha nenhuma outra forma de atividade de prevenção e promoção à saúde. Mesmo sabendo dessa importante ferramenta, que são os grupos de apoio, nenhum era desenvolvido, apesar de já terem sido criados. Foi nesse contexto que iniciei minhas atividades e quando me deparei com a demanda dentro da saúde mental, dirigi meus esforços para criar uma ferramenta de apoio para esses pacientes.

Os transtornos mentais na população brasileira apresentam alta prevalência, sendo maior em mulheres e os transtornos de ansiedade ficam em primeiro lugar, segundo revisão sistemática realizada em alguns estados no ano de 2010. (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Somase a este contexto, o problema de saúde pública que o uso de medicamentos psicotrópicos se tornou ao passar do racional para o abuso e uso indiscriminado, ultrapassando a especialidade de psiquiatria e virando um problema com proporções muito maiores e englobando outras especialidades médicas. (GRAEFF, 1990). Os benzodiazepínicos são atualmente os sedativos-hipnóticos de escolha e estão entre os fármacos mais prescritos e utilizados em todo o mundo. Apesar de drogas relativamente seguras, apresentam a desvantagem grave que é a dependência. (OMS, 1990)

Os grupos de terapia e apoio aos pacientes que convivem com alguma doença partem do princípio de que o ser humano tem uma tendência a grupalização por natureza, e isso desde o nascimento, iniciando com o núcleo familiar e, a partir de então, formando espontaneamente outros grupos. Participando dos grupos, os indivíduos passam a repensar suas atitudes frente a doença, sendo a troca de experiências, os relatos ouvidos e as mútuas vivências que fazem desses momentos uma transformação nos hábitos de cada um. (SANTOS & ANDRADE 2003)

O grupo ou guia GAM surgiu na forma de estratégia para garantir aos pacientes uma

maior autonomia e alterar as relações de poder, contando com uma maior participação dos próprios usuários nas decisões do tratamento. E como qualquer grupo, o diálogo é fundamental entre os usuários e os profissionais e entre os próprios usuários, os quais são os principais interessados nos cuidados da sua saúde mental. O diferencial nesse grupo é que existe um manual impresso que é entregue aos participantes e assim, o acesso a todas as informações ficam em posse dos pacientes também. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Começamos o grupo em meados de setembro de 2016 e até o momento havíamos concluído dez encontros. Nos reuníamos na Associação de Moradores do Bairro, uma estrutura em forma de salão de festas que fica atrás da unidade de saúde, combinado que seria semanalmente a princípio, quartas-feiras pela manhã. O convite aos participantes ocorreu seguindo os passos do próprio guia para os moderadores, os ACS e outros funcionários da ESF fizeram contato telefônico, visitas domiciliares, criamos cartazes chamando os interessados e sempre que havia pedido de renovação de receita de medicação psicotrópica, o paciente era convidado. Tudo foi desenhado e arquitetado em algumas reuniões de equipe que ocorreram antes do início das atividades do grupo GAM, ajuda dos residentes da Escola de Saúde Pública de Porto Alegre – ESP e apoio do NASF.

Os passos do Guia foram seguidos durante os encontros de forma satisfatória e a evolução dos pacientes foi percebida a cada reunião que fazíamos. Os relatos eram dos mais variados quando começamos, desde pacientes que não compreendiam muito bem o intuito até aqueles que desde o início já demonstraram tamanha satisfação, pois a unidade não dispunha de espaços como aquele. No geral, a maioria se apropriou do espaço rapidamente, infelizmente o mesmo não aconteceu com a equipe da ESF-Viçosa, que ficou a parte dos encontros e da organização.

Um dos relatos que mais marcaram a todos foi a da paciente A.M.B.S, que chegou ao grupo em baixa autoestima, anedonia, usando vários medicamentos e sem nenhuma compreensão do seu diagnóstico, plano terapêutico, o motivo do uso das medicações e etc. Ela fez um relato de vida em um dos primeiros encontros e confessou que sempre foi considerada o “sol” por seus amigos e família, pois seu ânimo e alegria contagiavam onde chegavam. No entanto, devido as circunstâncias das perdas familiares que foram ocorrendo e a falta de amparo social para seu luto, acabou entrando em depressão. Após alguns encontros, a paciente havia se transformado novamente no “sol”, segundo o próprio relato, pois com o grupo tinha encontrado um espaço para conversar, entender seu diagnóstico e suas medicações, além de escutar histórias similares.

A experiência de criar um grupo de apoio e seguir com os pacientes, bem como participar dos encontros podendo fazer relatos e ouvir os usuários do posto foi nova e excelente para minha formação. E para a ESF foi um grande ganho enquanto o grupo durou, pois os pacientes passaram a frequentar menos o posto por motivos repetitivos e os espaços na agenda foram otimizadas.



Figura 4 - Associação dos Moradores da Vila Viçosa (Fonte: autor)



Figura 5 - Interior do Salão da Associação. Local dos encontros do GAM. (Fonte: autor)



Figura 1- Grupo GAM com pacientes, residentes e médico. (Fonte: autor)

4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICILIO

A prática da visita domiciliar (VD) é documentada, no Brasil, desde o início do século XX, quando iniciaram as intervenções sanitárias na época do combate às doenças transmissíveis e com enfoque de práticas sanitárias trazidas da Europa, encabeçadas por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas. Com o crescimento da população e a constante necessidade de redução de custos, atrelado a busca de práticas de saúde mais humanizadas que conheçam a realidade social dos indivíduos e de sua família, a VD constitui um instrumento excelente, pois ao conhecer a família em seu convívio social *in loco*, promove um fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde, melhorando e otimizando a terapêutica e a promoção de saúde. (ABRAHÃO & LAGRANGE, 2007).

Em seu artigo sobre a percepção das famílias quanto a VD, Cruz faz uma colocação simples e completa sobre este tema.

A VD, quando realizada adequadamente, é uma das ações que pode facilitar a compreensão e o cuidado às famílias atendidas ao propiciar o conhecimento de seus modos de vida, crenças, cultura e padrões de comportamento, permitindo incorporar tecnologias leves no cuidado, como a humanização. (CRUZ & BOURGET, 2010).

Na ESF – Viçosa, as visitas domiciliares são realizadas pelos profissionais da enfermagem, enfermeiros e técnicos, equipe de odontologia e o médico. A agenda é aberta em um turno na semana e a demanda é feita a partir dos Agentes Comunitários ou familiares que vão até a unidade solicitar a VD por algum motivo, como piora do estado clínico, surgimento de algum novo sintoma e etc. Outra forma de agendamento da VD é via contrarrefêndia dos hospitais do município que entram em contato com a unidade comunicando sobre algum paciente que será enviado para domicílio com necessidade de cuidados.

Durante minha permanência fiz algumas visitas domiciliares a paciente com doenças específicas como acidente vascular encefálico e sequelas neurológicas e motoras, ou seja, doentes restritos ao leito, além de pacientes em pós-operatório cujo familiar buscou a unidade por orientação do especialista, mas também realizei algumas visitas a pacientes que não tinham nenhuma restrição física, motora ou neurológica, mas não conseguiam se locomover até a unidade por motivos outros, como os aclives acentuados presentes na geografia da região.

Uma VD marcante que realizei foi de uma paciente com diagnóstico de depressão grave e risco de suicídio que havíamos tentando uma internação domiciliar após ter sido atendida junto com a equipe do NASF e a psiquiatra responsável. Durante a consulta,

solicitamos a presença dos familiares da paciente, a psiquiatra informou sobre o diagnóstico e os riscos da internação dentro do próprio domicílio, porém todos concordaram. Os trâmites legais foram realizados, documentos preenchidos, a paciente também consentiu que seria uma opção melhor e, ao final da consulta, ficou agendada uma visita domiciliar após cerca de vinte dias para verificar o andamento da internação, ajustes de medicação e demais procedimentos que fossem necessários.

Durante a VD, percebi um ambiente aconchegante e acolhedor e descobri que muito havia sido mudado após as orientações que foram passadas durante a consulta. A casa não tinha utensílio com potencial de causar danos a integridade física da paciente e dos seus familiares, tudo era adequadamente guardado em local de difícil acesso. Os familiares entenderam a necessidade da paciente receber visitas dos demais integrantes do núcleo familiar e vizinho, bem como amigos. Antes da realização da VD por mim, solicitei que o ACS responsável fizesse algumas visitas informais, como vizinho, visando evitar o transtorno que uma internação hospitalar gera ao paciente, ao passo que normalmente se sentem vigiado de forma contínua o que, conseqüentemente, prejudica sua autonomia como indivíduo.

A paciente se encontrava comunicativa, alegre e motivada. Relatou planos futuros em relação a sua família e carreira, diferentemente daquela que outrora se mostrava angustiada, deprimida, com relatos pessimistas e sentimentos de desvalia. Dessa forma, após a VD relatei o caso para equipe de psiquiatria do NASF e chegamos a conclusão de que o manejo proposto foi efetivo e a paciente poderia manter seguimento na ESF e frequentar as reuniões do grupo GAM.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante o período de atividades desenvolvidas junto a ESF – Viçosa no município de Porto Alegre – RS, pude perceber um grande crescimento das minhas habilidades como médico e consolidar conhecimentos aprendidos durante a graduação e meu primeiro ano de formado. Ademais, tive a oportunidade de aprimorar técnicas e acadêmicos dentro das várias áreas da medicina, como atendimento aos pacientes de todas as faixas etárias, puericultura, pré-natal, ginecologia geral, doentes crônicos, adolescentes, pacientes com doenças mentais. É importante salientar o ganho que a atenção primária oportuniza para o médico no que concerne as relações interpessoais, tanto em relação aos pacientes quanto à equipe de saúde.

O aprendizado durante todo o período dentro da unidade foi enorme, muitas doenças desconhecidas, novos conhecimentos adquiridos, ferramentas que tive que conhecer e entender o funcionamento. As consultas que demandavam maior tempo, os pacientes de difícil manejo de comunicação associado ao ínfimo período de consulta que era permitido fez com que consultas eficientes fossem minhas aliadas e precisei desenvolver isso com rapidez. E associado a isso, o programa do Telessaúde – RS foi essencial, ao passo que em alguns minutos conseguia discutir alguns casos ou agendar discussões de casos mais complexos, evitando, assim, encaminhamentos desnecessários ou ganhando tempo até as devidas referências serem feitas, iniciando o manejo na própria unidade.

Um ponto fundamental a ser abordado nesta reflexão é sobre a fragilidade em que se encontrava a população adscrita da ESF – Viçosa. Há cerca de dois anos que a unidade não tinha um médico único e a longitudinalidade foi sendo perdida, enfraquecendo o vínculo da população com os funcionários e tornando o trabalho inicial, que eu iria começar a desenvolver, um grande desafio. Com o passar dos meses, consegui perceber a real importância daquele princípio do SUS, sempre com exemplos bem claros da melhora dos pacientes, maior adesão ao tratamento, maior quantidade de consultas de pré-natal e puericultura.

A comunidade da Lomba do Pinheiro, bairro onde se localiza a unidade, é considerada de extrema pobreza e vulnerabilidade social. Considerado de alta criminalidade e com poucos recursos sociais. Tudo isso levou a um grande crescimento pessoal e profissional, pois diariamente nós da equipe precisávamos lidar com situações que, além de fugir da nossa realidade, levavam a um abalo emocional. Esse contexto se refletia nas consultas e nas doenças diagnosticadas e tratadas, já que grande parte dos pacientes crônicos possuíam alguma doença psiquiátrica.

No transcorrer do curso de especialização somei inúmero conhecimento ao que já conhecia sobre o SUS, seus princípios, história e jornada até os dias de hoje. Além disso, o segundo eixo foi parte fundamental ao trazer tudo que há de mais recente dentro das áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia com a característica de ter sido um curso que sempre nos fazia correr atrás dos conhecimentos e aplicar na prática diária. Os fóruns igualmente serviram para consolidar a reflexão crítica, aprender com realidades completamente diferentes da que a gente vive, algumas similares, discutir sobre condutas e aprender novas formas de manejar pacientes e doenças.

A oportunidade de criar um projeto de intervenção desde o início até sua efetiva aplicação dentro da comunidade foi algo que atingiu não somente os pacientes envolvidos, como a comunidade e a equipe de saúde. A comunidade se beneficiou porque promoveu mais um espaço na forma de equipamento social, auxiliando os pacientes com doenças psiquiátricas, permitindo uma discussão simples e fácil sobre os medicamentos, uso adequado, efeitos colaterais, autonomia dos usuários, dificuldades de relacionamentos com os familiares. Além disso, o vínculo com a equipe foi fortalecido graças ao grupo criado a partir deste projeto. E ver a evolução do tratamento de alguns pacientes, desprescrição de algumas medicações e agradecimento de vários familiares foi gratificante.

Durante este ano de trabalho na comunidade da ESF – Viçosa pude crescer profissionalmente, pessoalmente, adquirindo conhecimentos técnicos, desenvolvendo a capacidade de interação, empatia e relacionamento com os demais profissionais e pacientes. Assim, o programa PROVAB, apesar de suas limitações, foi capaz de proporcionar tudo isso dentro do prazo de um ano.

6. REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO AL, LAGRANGE V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: *ESPJV*, 2007. P. 151-72.
- ANDRADE, F. R. S. C. P; Eficacia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista APS*, v.6, n.1, p.15-18, jan./jun. 2003
- BENEVIDES, D.S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.32, p.127- 38, jan./mar. 2010.
- GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et AL. DSC/FCM/UNICAMP; FLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>
- GRAEFF, F. G. Drogas psicotrópicas e seu modo de ação. São Paulo: *EPU*, 1984.
- Organização Mundial da Saúde. A situação dos medicamentos no mundo. Geneva: WHO, 1990.
- Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. OMS; 2001.
- SIQUEIRA, M. M; SANTOS, E. G. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):238-246.
- VALLADARES, A.C.A. et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. *Rev. Eletron. Enferm.*, v.5, n.1, p.4-9, 2003.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

SAVIO SILVA SOARES

**IMPLANTAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL EM
GRUPO NA ROTINA DO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO EM UMA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE - RS**

**PORTO ALEGRE
2017**

SUMÁRIO

1. Resumo.....	23
2. Introdução.....	24
3. Objetivo.....	26
3.1 Objetivo específico.....	26
4. Revisão de literatura	27
5. Metodologia	29
6. Cronograma.....	30
7. Recursos necessários.....	31
8. Resultados esperados.....	32
Referências bibliográficas.....	33

1. RESUMO

Os transtornos mentais são doenças de cunho psicológico e algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social e genética. Há uma prevalência alarmante de transtornos mentais na população brasileira, segundo revisão sistemática realizada em 2010. A atenção primária à saúde (APS) é vista como a porta de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS) e, sendo assim, utiliza algumas estratégias para sua organização, colocando a Saúde da Família como uma das principais e mais importantes, considerada como contato preferencial dos cidadãos com esse Sistema. Dentro dos aspectos de abordagem e terapia na Psiquiatria, as terapias cognitivo-comportamentais em grupo (TCCG) vem se estabelecendo como proposta promissora para o tratamento de vários transtornos psiquiátricos e derivam diretamente das terapias cognitivas-comportamentais (TCCs) individuais. O trabalho teve como objetivo propor a implantação de uma terapia cognitiva comportamental em grupo baseada no guia de gestão Autônoma da Medicação (GAM) para pacientes e familiares convivendo com doenças psiquiátricas e atendidos por uma Unidade de Saúde da Família no município de Porto Alegre - RS. Ao final dessa intervenção espera-se aumentar o vínculo entre os pacientes e os profissionais de saúde da unidade, tornando o grupo um ambiente de confiança para troca de experiências, além de entender a doença e seus efeitos em cada paciente.

2. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais se caracterizam como doença de cunho psicológico e algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, genética e outras. Podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. São doenças universais, pois atingem todas as faixas etárias e geram grande custo social e econômico, apesar da notável desvalorização que sofreu durante todos esses anos.

Em estudo de revisão sistemática realizada no ano de 2010 no Brasil foi apontado uma prevalência alarmante de transtornos mentais na população brasileira. Em um deles, feito com 6.476 indivíduos acima de 15 anos em três grandes centros urbanos brasileiros (Brasília, Porto Alegre e São Paulo) mostrou prevalência de transtornos mentais para toda vida de 51% em Brasília, 43% Porto Alegre e 30% em São Paulo, sendo maior em mulheres nas duas primeiras cidades e em homens na terceira cidade citada. Além disso, concluíram que os transtornos específicos em ordem decrescente de prevalência foram o transtorno de ansiedade em primeiro lugar, seguido dos estados fóbicos e depressivos e o uso/abuso e dependência do álcool. (SANTOS; SIQUEIRA, 2010)

Contextualizando os dados apresentados, o município de Porto Alegre conta com uma população de aproximadamente 1.409.351 habitantes (IBGE, 2010). Os serviços de saúde do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as Gerências Distritais (GD). Os DS são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. O sistema municipal dispõe de 55 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que, juntamente com 88 Unidades de Saúde da Família (USF), são as principais portas de acesso para a busca de atenção primária em saúde. (PORTO ALEGRE, 2016)

A unidade de Saúde da Família Viçosa pertence a GD Partenon/ Lomba do Pinheiro e fica localizada em uma área vulnerável da cidade. Conta com uma equipe única composta por vários profissionais incluindo enfermeiro, médico, técnicos e agentes comunitários de saúde. Abrange uma população de aproximadamente 2.500 pessoas, contabilizados a partir dos prontuários cadastrados, e atualmente tem uma demanda grande de pacientes com doenças

psiquiátricas que recebem assistência da equipe de apoio, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A atenção primária à saúde (APS) é vista como a porta de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS) e, sendo assim, utiliza algumas estratégias para sua organização, colocando a Saúde da Família como uma das principais e mais importantes, considerada como contato preferencial dos cidadãos com esse Sistema. (SOUZA, 2012). A Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se muito importante na atenção de portadores de transtornos mentais e seus familiares; com base no trabalho organizado segundo o modelo da atenção básica e por meio ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham. (CORREIA, BARRO; COLVERO, 2011)

Dentro dos aspectos de abordagem e terapia na Psiquiatria, as terapias cognitivo-comportamentais em grupo (TCCG) vem se estabelecendo como proposta promissora para o tratamento de vários transtornos psiquiátricos e derivam diretamente das terapias cognitivas-comportamentais (TCCs) individuais. O problema é que a grande maioria dos protocolos de tratamento com referencial cognitivo comportamental enfatizam a terapia individual, e não em grupo. (BIELING; MCCABE; ANTONY, 2008).

As vantagens da TCCs são várias e pode-se citar o fato de não apresentarem efeitos colaterais indesejados comuns às medicações, podem ser utilizadas por profissionais não médicos (p. ex. psicólogos ou enfermeiros treinados), apresentam menores taxas de recaída e, no longo prazo, parecem ter melhor custo-efetividade (HELDT et al., 2010).

Considerando o que foi exposto e diante da realidade vivida nos atendimentos diários ocorridos dentro da Estratégia de Saúde da Família – Viçosa, Porto Alegre, a prevalência estimada de paciente em uso de medicações psicotrópicas e o grande número de diagnósticos psiquiátricos, surgiu o interesse na proposta de formação de um grupo de apoio a esta demanda de pacientes.

3. OBJETIVO

Implantação de uma terapia cognitiva comportamental em grupo baseada no guia de gestão Autônoma da Medicação (GAM) para pacientes e familiares convivendo com doenças psiquiátricas e atendidos por uma Unidade de Saúde da Família no município de Porto Alegre - RS.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Auxiliar pacientes vivendo com doenças psiquiátricas em seu dia-a-dia;
2. Propor estratégias para melhor condução de casos mais complexos;
3. Orientar pacientes e familiares sobre as medicações que fazem uso e tirar dúvidas;
4. Criar um espaço para maior vínculo dos pacientes com a unidade de saúde e seus profissionais, deixando aberto um local para que se sintam acolhidos.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Onocko-Campos et al., em seu artigo sobre a gestão autônoma da medicação em doenças psiquiátricas, cita a reforma que ocorreu no Brasil:

A Reforma Psiquiátrica Brasileira instituiu uma nova política de saúde mental, que teve, como um de seus principais recursos, o desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para o tratamento em saúde mental na comunidade, possibilitando o seguimento ambulatorial e a atenção à crise. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

E no contexto da medicalização da vida, as características pessoais e culturais das pessoas passaram a ter diagnóstico e tratamento, sendo reconhecidos como problemas médicos. Foi nessa época e embasado em modelos implantados em outros países, que a saúde mental ganhou serviços alternativos em substituição aos leitos psiquiátricos e sua considerável redução, passando de um modelo hospitalocêntrico para um em que a saúde mental fosse incluída na rede comunitária de saúde. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Reconhecendo o contexto de utilização pouco crítica dos medicamentos nos tratamentos em saúde mental, bem como o valor simbólico da medicação para aqueles que a utilizam, foi desenvolvida em Quebec (Canadá) uma nova abordagem de intervenção denominada Gestão Autônoma da Medicação (GAM). A autora define a GAM nas seguintes palavras:

A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental. Com o suporte de um material impresso (Guia GAM), a proposta é de que os usuários tenham acesso a informações sobre seus tratamentos e assim possam reivindicar seus direitos, dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas, refletindo sobre suas redes sociais e sua qualidade de vida. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Rodriguez del Barrio et al. (2013) traz uma forma de definição sobre o GAM, considerando os pacientes como centro do tratamento e o papel que as medicações e os outros tratamentos exercem na trajetória de vida do paciente e em seu dia-a-dia:

É uma abordagem inovadora desenvolvida em parceria com usuários que fazem uso de medicação, considerando sua experiência subjetiva, se esforçando para colocar a pessoa no centro do tratamento farmacológico psiquiátrico, visando uma melhora no bem-estar e na qualidade devida, criando oportunidades de expressão, diálogo e apoio entre as pessoas, os profissionais e seus próximos. (RODRIGUEZ DEL BARRIO et al, 2013).

A história do surgimento da GAM remete a saúde mental do Canadá na década de 90, a partir de grupos de usuários com transtornos mentais que perceberam que o uso dos medicamentos era pouco criticado, considerando que a medicação podia assumir diferentes significados para cada indivíduo. Durante alguns anos o assunto foi debatido até que surgiu o

guia, que é uma das ferramentas da estratégia, elaborado em 2001 e cujo pilar é tratar o paciente como um aliado no seu próprio tratamento e detentor de informações, podendo reivindicar seus direitos, dialogar e propor outras práticas no tratamento. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014).

O Guia é voltado para pessoas com transtornos mentais graves também, trazendo informações e propondo perguntas para ajudar os usuários com o seu tratamento e levando a uma reflexão sobre suas experiências cotidianas, seu processo de adoecer, a medicação e, assim, incentivando a participação ativa nas decisões sobre seu tratamento medicamentoso. (PALOMBINI, et al., 2013).

Entre os anos de 2009 e 2010, o guia GAM foi adaptado a realidade brasileira, tentando levar em consideração o contexto da Reforma Psiquiátrica e o Sistema Único de Saúde, modificando o teor de uma parte do guia canadense, que orientava a diminuir ou parar com o uso dos medicamentos. Esta parte foi substituída por uma forma de trabalho mais voltada para negociação e diálogo entre os pacientes e os médicos e equipe de saúde.

O Guia GAM brasileiro reforça o conceito de “gestão compartilhada” ou “cogestão”, o qual dá enfoque para o tratamento composto entre três saberes, ou seja, o melhor tratamento se consegue somando o que os pacientes entendem, o que sabem os seus familiares e o que os médicos ou as equipes de apoio sabem sobre o uso dos remédios. Chegando, assim, a melhor decisão sobre a forma de usar os medicamentos. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014).

Outro conceito importante que está atrelado ao Guia GAM é o de ‘empoderamento’, que foi bem definido por Rodriguez del Barrio et al, 2013:

significa ser capaz de tomar suas próprias decisões, fazer suas próprias escolhas, e ter uma visão da coisa que não seja apenas esta pequena pílula mágica. Dá de volta o poder sobre sua vida. Uma vez que você perceber que é capaz de tomar decisões, você deu um grande passo em frente.

Em estudo conduzindo com grupos GAM no Brasil, para avaliar a participação de usuários e o empoderamento vivenciado, apontou benefícios individuais a maioria dos pacientes, conforme relato dos mesmos, gerando ganhos na esfera do tratamento e melhora da qualidade de vida. (PRESOTTO, 2013). Porém, são necessárias mudanças nas práticas atuais de saúde mental, principalmente no que se refere à valorização da experiência do usuário em seu tratamento, ampliando o debate do tratamento medicamentoso para todas as esferas, incluindo usuários e trabalhadores em saúde, deixando de ser uma decisão exclusiva dos médicos. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

5. METODOLOGIA

A ideia de montar um grupo para os pacientes com doenças psiquiátricas surgiu a partir da demanda dos profissionais da UBS Viçosa, que relataram por diversas vezes que há um grande número de paciente usuários de medicações psiquiátricas, além do grande fluxo de renovação de receitas com psicotrópicos.

A sugestão de intervenção, baseada no instrumento GAM, com esses pacientes e familiares partiu de uma discussão conjunta da psiquiatra do NASF que assiste a unidade e do médico que atende na unidade.

O grupo com a estratégia GAM será implantado como uma tentativa de melhorar o tratamento dos pacientes assistidos pela UBS Viçosa que convivem com doenças psiquiátricas. Os critérios de inclusão dos participantes foram (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013): ser portador de transtorno mental de qualquer gravidade desde que com condições de convívio social, usar psicofármacos por pelo menos um ano, familiares de pacientes com transtorno mental que demonstraram interesse, manifestar vontade de participar do grupo. Os critérios de exclusão: recusa em participar, limitação cognitiva grave.

Os encontros acontecerão semanalmente ou quinzenalmente dependendo da dinâmica do grupo, em local pré-definido e com horário estipulado em sessenta minutos. A sequência seguida será a mesma do guia GAM traduzido para o português e adaptado a esta realidade, disponibilizado na bibliografia.

7. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização dos grupos
- Impressora
- Cartucho de tinta para impressora preta
- Cartucho de tinta para impressora colorida
- Folha de papel A4
- Computador
- Datashow
- Caixa de som

8. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final dessa intervenção espera-se aumentar o vínculo entre os pacientes e os profissionais de saúde da unidade, tornando o grupo um ambiente de confiança para troca de experiências, além de entender a doença e seus efeitos em cada paciente.

Ter a possibilidade adequar doses, substituir medicamentos e tomar conhecimento de efeitos não desejáveis, podendo intervir a qualquer momento a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares.

Estimular a prática do plano terapêutico singular e o trabalho multidisciplinar para pacientes psiquiátricos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIELING, P. J.; MCCABE, R. E.; & ANTONY, M. M. Terapia cognitivo-comportamental em grupos. Porto Alegre: *Artmed*, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 548 p. : il. (Caderno HumanizaSUS ; v. 5)

CORREIA, V. R; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(6):1501-6

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>

HELDT, E.; KIPPER, L.; BLAYA, C.; SALUM, G. A.; HIRAKATA, V. N.; OTTO, M. W., et al. Predictors of relapse in the second follow-up year post cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33 (1), 23-29, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R.T., et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (10): 2889-2898, 2013.

PALOMBINI, A. L., et al. Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (10): 2899-2908, 2013. Prefeitura de Porto Alegre. Porto Alegre-RS. Atualizado em: ; acesso em: 2016 Agosto 14. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808

PRESOTTO, R. F. Participação de Usuários de Serviços de Saúde Mental em Pesquisas: Um

Olhar a partir dos conceitos de Empowerment e Recovery [dissertação]. Campinas (SP): FCM, Unicamp; 2013.

RODRIGUEZ DEL BARRIO et al. Autonomous Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (10): 2879-2887, 2013.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*: 2010;59(3):238-246.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S.; COUTO, L. L. M.; SCHIMITH, P. B.; LIMA, R. P. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, n.4, p.1022-1034, 2012.