

## GRUPO TERAPÊUTICO INTERDISCIPLINAR: EXPERIÊNCIA ENTRE FARMÁCIA E PSICOLOGIA

**E.D.Lopes<sup>1</sup>; C.F.Silva<sup>2</sup>; J.O.Gomes<sup>3</sup>; A.C.Lima<sup>4</sup>; H.C.M. Almeida<sup>5</sup>; J.B.Dantas<sup>6</sup> & A.P.S.Gondim<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [emanuekadlopes@gmail.com](mailto:emanuekadlopes@gmail.com); <sup>2</sup>Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [crislannyf@live.com](mailto:crislannyf@live.com); <sup>3</sup>Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [jamille\\_oliveira16@hotmail.com](mailto:jamille_oliveira16@hotmail.com); <sup>4</sup>Graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [lima.castro94@outlook.com](mailto:lima.castro94@outlook.com); <sup>5</sup>Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista da ação extensionista. E-mail: [helenalmeida@alu.ufc.br](mailto:helenalmeida@alu.ufc.br); <sup>6</sup>Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [juremadantas@ig.com.br](mailto:juremadantas@ig.com.br); <sup>7</sup>Professora Adjunta do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenadora da ação extensionista. E-mail: [anapaulasgondim@uol.com.br](mailto:anapaulasgondim@uol.com.br).

Artigo submetido em Outubro/2016 e aceito em Dezembro/2016

### RESUMO

O artigo visa descrever a experiência interdisciplinar vivida por graduandos de Farmácia e de Psicologia no acompanhamento de grupos terapêuticos destinados aos cuidadores de crianças e adolescentes que fazem uso de psicofármacos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) do Município de Fortaleza/CE. Aplicou-se o Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM). Os grupos são constituídos, em média, por cinco cuidadores que frequentam o CAPS i semanalmente ou quinzenalmente. Atualmente, todos são do sexo

feminino, desempregadas e com grau de parentesco com o paciente. O grupo terapêutico é uma ferramenta utilizada para a valorização do cuidador, uma vez que o mesmo passa a ser ouvido e acolhido. Tal experiência parece contribuir para a valorização da atuação interdisciplinar no âmbito da saúde mental, assim como viabiliza a experiência teórico-prática para os discentes envolvidos no projeto, qualificando a formação acadêmica e permitindo um olhar crítico sobre as práticas de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pesquisa Interdisciplinar. Saúde Mental. Autonomia Pessoal.

## INTERDISCIPLINARY THERAPEUTIC GROUPS: EXPERIENCES BETWEEN PHARMACY AND PSYCHOLOGY

### ABSTRACT

The article aims to describe the interdisciplinary experience of undergraduate Pharmacy and Psychology students in monitoring therapeutic groups for children and adolescents caregivers who use psychotropic drugs at the Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) in Fortaleza/CE. It applied the Autonomous Management of Medicines guide (AMMG). The groups are made up on average, by five caregivers, attending the CAPS i weekly or

fortnightly. Currently, all are female, unemployed and related to the patients. The therapeutic group is a tool used to value the caregiver, since it happens to be heard and welcomed. This experience seems to contribute to the development of interdisciplinary activities in mental health as well as it seems feasible practical theoretical experience for the students involved in the project describing the academic and allowing a critical look at health practices.

**KEYWORDS:** Interdisciplinary research. Mental health. Personal autonomy.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, com o propósito de implementar uma das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, foram criados, na década de 1990, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços substitutivos de assistência à saúde mental de base comunitária e territorial, particularmente municipal, sendo aberto e proporcionando atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (LEÃO; BARROS, 2012). O principal critério para o planejamento da Rede de Atenção Psicossocial e a implantação desses centros é o perfil populacional dos municípios no Brasil. São organizados em CAPS de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (AD) e infantojuvenil (CAPS i). Quanto maior o número de habitantes no município, maior a complexidade desses níveis de atendimento (BRASIL, 2002).

O Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil (LISFARME) é um diretório de pesquisa reconhecido pelo CNPq, que possui as seguintes linhas de pesquisa: 1) Antropologia farmacêutica e epidemiologia; 2) Desenvolvimento de abordagens metodológicas e de análises para dados estruturados e não estruturados em Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil; 3) Formas de cuidar, abordagens teóricas e processos nos Serviços Farmacêuticos; 4) Geoprocessamento em saúde e Farmácia Social; 5) Processo ensino-aprendizagem em Farmácia Social e Saúde Mental; 6) Práticas de promoção da saúde no campo da Saúde Mental Infantojuvenil e, desde 2013, vem desenvolvendo atividades de extensão em um dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), através do Projeto de Extensão intitulado “Centro de assistência farmacêutica e saúde mental para o desenvolvimento das habilidades e competências”.

Diante do grupo de pesquisa ocorreu uma aproximação entre os acadêmicos de Farmácia e Psicologia e o serviço de atendimento mental infantojuvenil, desenvolvida nas atividades do projeto de extensão. O programa já realizou um total de seis grupos terapêuticos neste mesmo centro, utilizando como dispositivo terapêutico o Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM), que, ao longo das aplicações, foram realizadas várias adaptações para os cuidadores dos usuários infantojuvenis de psicofármacos. Atualmente, é coordenado por uma professora do curso de Farmácia e desenvolvido por dois bolsistas de extensão cadastrados junto à Pró-Reitoria de Extensão da UFC.

Devido à complexidade de assuntos ligados à subjetividade do contexto social e psicológico dos cuidadores que participaram dos grupos terapêuticos anteriores e uma aproximação com o Laboratório de Psicoterapia, Fenomenologia e Sociedade (LAPFES)

propiciaram a inclusão de dois acadêmicos da Psicologia ao grupo, anteriormente, moderado apenas pelos acadêmicos de Farmácia. O LAFES (Laboratório vinculado ao Diretório de Pesquisa Psicoterapia, Fenomenologia e Sociedade/CNPq) surge da necessidade de um aprofundamento teórico-metodológico no saber das diversas possibilidades do existir humano, de sua vivência e subjetividade, promovendo trocas significativas entre pesquisadores, docentes e alunos de diferentes áreas e diferentes instituições, complementando o ensino de graduação e pós-graduação em Psicologia e áreas afins. Assim, o LAFES se constitui enquanto um espaço de troca de conhecimentos, aliando os conhecimentos produzidos na academia às realidades vivenciadas pelos sujeitos, a partir de um estudo socialmente contextualizado, seguindo uma perspectiva Fenomenológica-Existencial.

Este artigo tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por graduandos de Farmácia e Psicologia no acompanhamento de grupos terapêuticos destinados aos cuidadores de crianças e adolescentes que fazem uso de medicamentos psicofármacos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

## **2 ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO E SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL**

### **2.1 CLÍNICA AMPLIADA: O CUIDADO INTERDISCIPLINAR**

Em consonância com a Reforma Psiquiátrica e com a Luta Antimanicomial surgem novos discursos e novas abordagens, no que tange à saúde mental no Brasil. Já é inviável se discutir esta a partir de um ponto de vista meramente biológico, descontextualizado e que, por consequência, desconsidera o sujeito em sua integralidade. A partir de então, assiste-se no cenário brasileiro a um conjunto de mudanças na estruturação de políticas públicas de saúde, o que inclui uma reformulação das diretrizes que balizam o trabalho dos profissionais em saúde da rede pública.

Uma proposta de visão acerca da atuação dos profissionais de políticas públicas em Saúde no Brasil é a Clínica Ampliada, proposta inicialmente por Campos (1997) e pode ser entendida como um fazer clínico que ultrapasse a noção hegemônica que separa o sujeito da doença que este apresenta. Sendo assim, a clínica ampliada pressupõe um olhar integral, holístico ao sujeito, pois compreende que “as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras”. (BRASIL, 2007, p. 9).

A Clínica Ampliada deve ser capaz de lidar com a singularidade sem abrir mão da atenção às doenças, suas possibilidades de diagnóstico e intervenção (CUNHA, 2010). Em 2003, a Clínica Ampliada entrou como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que a conceitua como uma ferramenta teórica e prática, com finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde na busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde (BRASIL, 2007).

As propostas para a Clínica Ampliada na Cartilha da Política Nacional de Humanização são: 1) Um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; 2) Assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; 3) Buscar ajuda em outros setores, ao que se dá o nome de intersetorialidade; 4) Reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como no exemplo mencionado anteriormente, em que o serviço de saúde incorporou o conhecimento acerca da situação de exclusão em que viviam seus usuários, e, 5) Assumir um compromisso ético profundo. (BRASIL, 2007, p. 12).

Compreende-se, então, a partir de uma Clínica Ampliada, que o sujeito deve ser entendido também em seu contexto familiar, suas relações de trabalho etc. Tal visão fomenta uma prática descentralizadora da doença, entendendo essa como um aparecimento na vida do sujeito, conectado com as diversas dimensões da vida deste (social, cultural, familiar) (RODRIGUES et al., 2010). Diante desses pressupostos, é importante destacar o reconhecimento dos limites de cada campo do saber. Esses pressupostos ecoam em uma prática multi/interdisciplinar das políticas públicas de saúde. A Clínica Ampliada pressupõe um deslocamento da hegemonia do saber médico em detrimento dos outros saberes para uma abordagem do Sujeito a partir de diversas disciplinas, tais como Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Farmácia, dentre outras.

Tal fato possibilita pensar um atendimento que não seja apenas realizado pelo médico, tendo o seu saber como abarcador da complexidade das mais diversas situações, mas sim por uma equipe interdisciplinar que reconheça os limites dos saberes de cada profissional e recorra a outras visões para solucionar os problemas que surgirem. A Clínica Ampliada concebe o sujeito como um ser holístico.

Partindo desse pressuposto, o trabalho interdisciplinar faz todo o sentido, assim como o diálogo entre os diferentes olhares dos profissionais de saúde, proporcionando, assim, um cuidado mais integrado e eficiente para os usuários dos serviços de saúde, o que inclui o CAPSi. O saber da

Farmácia e da Psicologia como uma intervenção interdisciplinar é de grande valia, pois corrobora com sugestões práticas propostas pela Clínica Ampliada, como a escuta, o estabelecimento de vínculos e a atenção aos afetos, além de compreender os processos de adesão/evasão ao tratamento e poder investigar as noções que o Sujeito constrói sobre seu tratamento, sejam fantasiosas ou não, assim como a implicação deste com o seu projeto terapêutico. (BRASIL, 2007).

## 2.2 SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO BRASIL PÓS-REFORMA PSIQUIÁTRICA

A *VIII Conferência Nacional de Saúde*, em 1986, se fez como um importante capítulo na história da Reforma Sanitária Brasileira, pois contou com a participação de vários setores organizados da sociedade. Nessa Conferência houve um consenso de que para o setor de saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas, sim, uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde de acordo com os preceitos da Reforma Sanitária.

Outro acontecimento importante foi o *II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental*, no qual o mote da conferência foi “Por uma sociedade sem manicômios”. Como consequências desses debates e discussões, em 1990, é aprovada a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080), que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) e a ideia de Atenção Integral. Na década de 1990, a Declaração de Caracas foi assinada com foco na implantação de serviços diários de atenção, baseados nas primeiras experiências dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, que haviam surgido na década anterior. Porém, apenas em 2001, a Lei Paulo Delgado (10.216) é sancionada. Essa lei determina o Estado deve redirecionar a assistência, dando ênfase ao atendimento em bases comunitárias e garantindo direitos às pessoas com transtornos mentais, apesar de não declarar o fim dos manicômios.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem sido favorecida pelas possibilidades de novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando assim formas mais adequadas de cuidado ao transtorno mental no seu âmbito familiar, social e cultural, isto devido à criação de novos dispositivos e inserção de ações de Saúde Mental na Saúde Coletiva.

## 2.3 GUIA DE GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAMENTOS NA SAÚDE MENTAL: DISPOSITIVO TERAPÊUTICO COLETIVO

O Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM) começou a ser desenvolvido no Canadá, na cidade de Québec, em 1993, em um contexto cuja forma de usar os medicamentos psicotrópicos nos tratamentos em saúde mental era pouco ou nada criticada. Foi uma iniciativa de grupos de usuários com transtornos mentais para ajudar outros usuários no enfrentamento dessa situação. Esses grupos afirmavam a importância dos diferentes significados que o uso desses medicamentos podia assumir para cada usuário.

O GGAM canadense foi adaptado para a realidade brasileira ao no decurso dos anos 2009 e 2010. A adaptação buscou levar em conta o contexto brasileiro da Reforma Psiquiátrica e da existência do SUS. Incluiu, também, os direitos dos usuários a serviços de saúde e de saúde mental vigentes no Brasil. Dentre as alterações realizadas, o Guia brasileiro modificou o final do Guia canadense, que orientava a diminuir ou parar com o uso de medicamentos psicotrópicos. Nos estudos realizados no Brasil foi evidenciado que diminuir ou parar de tomar os medicamentos não era uma reivindicação dos usuários brasileiros. Pelo contrário, os usuários brasileiros colocam o acesso aos medicamentos como direito fundamental; e, no entanto, nem sempre esses medicamentos estão disponíveis na rede de atenção à saúde (RAMOS, 2012).

Esse dispositivo terapêutico foi criado a partir do reconhecimento de uma utilização pouco crítica dos medicamentos psicotrópicos nos tratamentos em saúde mental e, também, do reconhecimento do valor simbólico do uso de medicamentos na vida dos usuários. A intenção da proposta, é que os cuidadores tenham acesso à informação sobre o tratamento das crianças e adolescentes e assim possam reivindicar por seus direitos, dialogando sobre a posição que os medicamentos ocupam em suas vidas e na vida de suas crianças e adolescentes, assim tanto os usuários de medicamento e cuidadores acabam refletindo sobre sua qualidade de vida e suas redes de serviço (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

Entre seus princípios fundamentais estão a importância de uma qualidade de vida subjetiva, a (re)apropriação de poder, o reconhecimento das significações plurais do uso de medicamentos, o respeito à pessoa, às suas decisões e aos seus direitos e uma abordagem ampla do sofrimento e do estar-melhor (RRASMQ-ÉRASME, 2006). Para Ramos (2012), a proposta na versão brasileira é a de que o aumento de autonomia dos usuários não se dá em separado de um aumento da autonomia dos familiares e dos trabalhadores da saúde mental.

Diferentemente da proposta do Canadá, onde o Guia havia sido feito para ser lido individualmente, o GGAM aplicado no Brasil teve uma discussão em grupo. Assim, observa-se o significado de autonomia com a leitura do Guia em grupo e não na abordagem dos seus participantes separadamente. Portanto, o GGAM deve ser entendido como um dispositivo terapêutico coletivo complexo, que envolve o serviço de saúde mental como um todo, em suas várias dimensões, desde a política à gestão, ao cuidado, à ambiência e ao controle social, considerando o cuidado à saúde como processo relacional (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência dos graduandos de Farmácia e Psicologia, no acompanhamento de grupos terapêuticos destinados aos cuidadores de crianças e adolescentes, que fazem uso de medicamentos psicofármacos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Município de Fortaleza.

O grupo terapêutico é promovido pelo projeto de extensão “Centro de assistência farmacêutica e saúde mental para o desenvolvimento de habilidades e competências”, coordenado por uma professora adjunta do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC), iniciado neste local desde 2013. Compõem o corpo de moderadores do grupo: a psicóloga do serviço, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFC; uma acadêmica de Farmácia e dois acadêmicos de Psicologia.

O acompanhamento do grupo é norteado pela aplicação e discussão do Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM). Esse Guia é dividido em seis passos, a saber:

- a) PASSO 1: *Conhecendo um pouco sobre você;*
- b) PASSO 2: *Observando a si mesmo;*
- c) PASSO 3: *Ampliando sua autonomia;*
- d) PASSO 4: *Medicamentos usados na psiquiatria;*
- e) PASSO 5: *Por onde andamos;*
- f) PASSO 6: *Planejando nossas ações.*

Os temas abordados ao longo dos passos são: a qualidade de vida dos cuidadores; a relação dele com as pessoas à sua volta, o que eles fazem para manter a saúde e sobre as pessoas/serviços que eles podem contar. Também é abordado sobre o uso dos medicamentos

psicofármacos pelas crianças e adolescentes, locais de armazenamento, administração, efeitos adversos e efeitos colaterais, entre outros.

O Guia é conduzido semanalmente pelos moderadores (graduandos e profissionais de saúde), as informações são registradas em uma ficha de acompanhamento do Grupo e no prontuário das crianças e dos adolescentes. Durante os encontros são utilizadas rodas de conversa e atividades lúdicas para abordar os temas em questão.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O encontro do grupo terapêutico com cuidadores de crianças e adolescentes acompanhadas em um CAPS i, no Município de Fortaleza/CE, acontece todas as quintas-feiras, das 09h às 10h, e é conduzido pela coordenadora do projeto e graduandos do curso de Farmácia e Psicologia, simultaneamente ao grupo terapêutico destinado às crianças e adolescente que é coordenado por profissionais do CAPS i. Até o mês de setembro foram realizados seis encontros do grupo de família. Alcançando um total de cinco cuidadores que frequentam o CAPS i semanalmente ou quinzenalmente.

Todos os cuidadores são do sexo feminino, seu grau de parentesco com as crianças/adolescentes é de mãe e avó, todos se encontram desempregadas e vivem em função de “cuidar” do filho/neto (que não tem autonomia para se cuidar). Os cuidadores que participam do grupo têm seus filhos/netos diagnosticados com autismo em graus que variam de leve a moderado. As crianças são acompanhadas no CAPS i por pelo menos um ano, além do tratamento medicamentoso, elas recebem também tratamento não medicamentoso, como os grupos terapêuticos e terapia individual.

As atividades descritas nesse relato foram desenvolvidas no período de agosto a setembro de 2016. No primeiro dia, foi realizada a apresentação de todos os participantes do grupo, que contaram um pouco de suas rotinas e sobre os diagnósticos dados às crianças/adolescentes. A dinâmica realizada foi a escrita em um papel em branco, no qual cada participante tinha que escrever uma palavra que o representasse ou representasse aquele momento. As palavras identificadas foram: *cuidado*, *coragem*, *caminhos* e *amor*. Uma das mães, que deixou a folha em branco, explicou que era porque se sentia como aquela folha em branco, que vivia um dia após o outro.

Ao serem questionadas sobre a ajuda recebida no cuidado dos filhos, elas disseram que não tinham, que além de serem responsáveis pelo cuidado dos filhos são responsáveis por

outras pessoas da família (como o marido doente, por exemplo). As cuidadoras ainda apresentam problemas de saúde e não podem ou não conseguem realizar seus tratamentos/cirurgia, pois não têm com quem deixar as crianças. Dentre os problemas de saúde narrados pelas cuidadoras, encontram-se: síndrome do pânico, depressão, problemas cardíacos e ainda uso crônico de benzodiazepínico (Diazepam) por mais de 10 anos.

Apesar das adversidades, as cuidadoras reconhecem que seus filhos/netos têm ajuda dos serviços, como CAPS i, escola, posto de saúde, aulas na natação, Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), além de pessoas da família, como os outros filhos e familiares que moram no interior. O discurso de uma das cuidadoras foi o de que não gostava de cuidar da aparência, pois “não adiantava estar bonita e arrumada por fora, se o interior está ruim”. Estudos indicam que os cuidadores têm uma sobrecarga e um nível de cobrança altos, além de um estresse psicológico (GUERRA et al., 2011), uma vez que há uma dependência dos usuários do CAPS i de seus cuidadores.

Isso ocorre não só por se tratarem de crianças e adolescentes, mas devido aos transtornos mentais que possuem (WEICH et al., 2012; CARDOSO; GALERA, 2011; BENEVIDES et al., 2010;). Por isso, deve haver um envolvimento da família, do usuário e dos profissionais de saúde no processo de cuidado desses pacientes portadores de transtornos mentais severos e persistentes (CARDOSO L., GALERA S.A.F., 2011). O GGAM fornece aos profissionais da saúde mental um recurso para aproximar-se dos cuidadores.

Dessa forma, o guia pode ajudá-los na inclusão e no entendimento de que a decisão para o melhor tratamento se dá através do diálogo entre cuidadores e a equipe interdisciplinar que compõem os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis a fim de melhorar o bem-estar e a vida desses indivíduos (ONOCKO-CAMPOS et al, 2012; RODRIGUEZ DEL BARRIO et al., 2013; BENEVIDES et al., 2011).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse relato mostrou que o Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM), quando adaptado para cuidadores, possibilita o desenvolvimento de grupos terapêuticos de intervenção, nos quais são envolvidos os cuidadores de crianças/adolescentes que frequentam o CAPS i e os profissionais da saúde. Tais grupos terapêuticos podem auxiliar os cuidadores de crianças/adolescentes na busca pela autonomia e no aprimoramento dos seus conhecimentos sobre os direitos e deveres de crianças e adolescentes portadoras de

transtornos mentais. É uma oportunidade de discutir as principais dúvidas sobre medicamentos que esses cuidadores carregam e que, devido à ausência do psiquiatra, não há outro profissional que possa tirá-las. Além de ser uma ferramenta utilizada para a valorização do cuidador, uma vez que o mesmo passa a ser ouvido e participante do processo. Por fim, essa experiência redefine a atuação interdisciplinar que deve ser construída ainda no processo formativo dos graduandos da área da saúde, já que a saúde mental não deve ser desenvolvida de forma fragmentada.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, C. F de O. et.al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, 72 (1), jan./mar., 2009. Disponível em: [http://www.neurobiologia.org/ex\\_2009/Microsoft%20Word%20%2011\\_Ribas\\_Fred\\_et\\_al\\_Rev\\_OK\\_.pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20%2011_Ribas_Fred_et_al_Rev_OK_.pdf). Acesso em: 25 set. 2016.
- AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol.1, n.1, jan./abr. 2009.
- BENEVIDES, D.S. et al. Mental healthcare through therapeutic groups in a day hospital: the healthcare workers' point of view. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.32, p.127-38, jan./mar. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Portaria /GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**, Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Inverso - Instituto de Convivência e de Recreação do Espaço Social. Brasília – DF.
- CARDOSO, L.; GALERA, A.F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista Escola de Enfermagem USP**, Ribeirão Preto - SP, n., p.687-691, 2011.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- FOUCAULT, M. **A História da loucura na Idade Clássica**. 1997. São Paulo, Perspectiva.
- GONÇALVES, L. **A gestão autônoma da medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental**. Tese de Doutorado apresentada à Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2013.

GUERRA, M. et al. Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2011, vol.33, n.1, p. 47-54. Epub July 02, 2010.

LOPES, E.D. **Autonomia dos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais:** intervenção em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil de Fortaleza/CE. Monografia- Curso de Farmácia do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface** (Botucatu)[online]. 2012, vol.16, n.43, pp. 967-980. Epub Nov 30, 2012. ISSN 1807-5762.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. et al. **Gestão autônoma da medicação:** guia de apoio a moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 23 set. 2016.

RAMOS, J.F.C. **A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS Fluminense.**2012. 120 f. Dissertação (Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C. et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2010, vol.15, suppl.1, p. 1615-1625. ISSN 1413-8123.

RODRIGUEZ DEL BAIRRO, L. et al. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): novas perspectivas sobre bem-estar, qualidade de vida e medicação psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2013 vol.18, n.10, pp. 2879-2887. ISSN 1413-8123

WEICH, S. et al. Experiences of acute mental health care in an ethnically diverse inner city: qualitative interview study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** 2012, vol. 47:119–128.