

Esta edição com certeza oferece ao leitor a oportunidade de conhecer, por meio da variedade de temas, alguns dos caminhos investigativos evidenciados durante a formação em Enfermagem, que podem conduzir a ações para intervenção e mudanças na realidade de saúde de pessoas, comunidades e organizações.

Que as leituras e os olhares do que vão encontrar incentivem mais alunos e professores a desbravar o universo dos serviços de saúde, e que sejam capazes de apontar, desde as mais simples ações, novos caminhos para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, dos profissionais e dos processos de trabalho em saúde.

Boa leitura!!!!

Eva Neri Rubim Pedro
Diretora da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul



UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS: seguimento de um ano em uma unidade básica de saúde

Gabriela Vieira Soares

Elizeth Heldt

Introdução

A magnitude dos problemas de saúde mental e a impossibilidade de seu cuidado ficar sob responsabilidade exclusiva de especialistas é um fato desde as décadas de 1970 e 1980 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1984). Desde então, também no Brasil, as políticas públicas de saúde preconizam a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais e a formação de cuidadores não especializados (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 2001; TONINI; KANTORSKI, 2007).

Atualmente, a política de saúde mental é norteada pela lei da Reforma Psiquiátrica, com base nas práticas articuladas em uma rede de serviços de saúde, delimitada por território de abrangência. A lei da Reforma Psiquiátrica foi sancionada em 6 de abril de 2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. O principal intuito dessa lei é a desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais, passando o cuidado para os serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e programas de saúde mental em atenção básica (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 2001). A política de Saúde Mental aponta o CAPS como dispositivo estratégico, mas é a atenção básica o lugar

privilegiado para construção deste novo paradigma da saúde mental. Assim, a atenção básica constitui um grande palco de aplicação dessas ações de saúde por sua riqueza de relações e possibilidades de intervenções (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS, 2004).

De fato, os problemas de saúde mental compõem uma demanda para a saúde coletiva devido à alta prevalência e impacto psicossocial (FLECK et al., 2002; CAIXETA; MORENO, 2008). O Ministério da Saúde considera que aproximadamente 9% da população apresentam transtornos mentais menores e de 6 a 8% apresentam transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas, pelos quais a atenção básica deve responsabilizar-se (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2003). Nesse contexto, a atenção básica é um ponto estratégico para aplicação das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a principal porta de entrada para as pessoas que buscam atendimento (FUREGATO; COSTA JÚNIOR; SILVA, 2003). Entretanto, as práticas em saúde mental no nível de atenção básica à saúde ainda são incipientes e pouco se tem pesquisado para se avaliar a efetividade do cuidado aos portadores de transtornos mentais. Com base nos objetivos do SUS, as ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) foram traçadas na lógica da desospitalização, focadas na família e na comunidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (MODESTO; SANTOS, 2007).

Dentre as ações propostas no cenário da atenção primária está a Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente chamado de Programa de Saúde da Família (PSF), que se destaca por suas potencialidades de fortalecer o processo de mudança do modelo médico-privatista, ampliar o controle social, e resgatar o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema, reduzindo o uso indiscriminado da alta tecnologia na atenção à saúde. Além disso, o conceito de territorialidade que permeia a atenção básica confere um novo sentido e ordenamento às ações de saúde mental (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

A atenção básica contribui através da capacidade que possui de adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-las, adequando-as a recursos escassos e a aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida diária, na incorporação do acolhimento e do vínculo, para uma abordagem mais compreensiva dos problemas mentais na ESF e nos demais serviços da APS (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

O que já está bem estabelecido é a condição de cronicidade dos transtornos mentais e o uso de psicofármacos na fase de manutenção, como parte do tratamento para a prevenção de recaídas. Entretanto, os psicofármacos podem causar uma variedade de efeitos, desejáveis ou não, e as falhas terapêuticas se devem principalmente a dosagem inadequada, duração insuficiente de tratamento e falta de adesão ao mesmo (SADOCK; SADOCK, 2002).

Sabe-se que a continuidade é um fator importante de sucesso no tratamento de doenças crônicas e a adesão terapêutica é um comportamento relacionado com a saúde. Entretanto, a compreensão da dimensão do autocuidado aborda questões complexas e necessita de um aprimoramento das competências por parte dos profissionais (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008). Assim, a adesão requer mais do que o simples entendimento das instruções do profissional da saúde. Os pacientes avaliam os tratamentos e os profissionais conforme as informações que eles próprios têm acerca da doença e das medicações. A chave para uma melhor adesão terapêutica é o desenvolvimento de interações abertas e cooperativas. Então, aderir ao tratamento requer muito mais do que seguir a prescrição médica corretamente. É necessário compreender a importância das recomendações para a saúde e para a qualidade de vida. Por isso, a ferramenta da comunicação e as atitudes dos profissionais em relação aos pacientes são fundamentais para o desenvolvimento de tratamento com boa adesão (KLEIN; GONÇALVES, 2005).

Portanto, o paciente é sujeito ativo no processo terapêutico e precisa ser considerado e assumido como parceiro em toda a interação terapêutica para, assim, se alcançar a adesão e

a qualidade de vida. Para isso, é necessário que haja uma articulação das ações de saúde mental na atenção primária, juntamente com uma rede de cuidados onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) seja parte essencial pela possibilidade de vínculo com os usuários, suas famílias e comunidade (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003). O fortalecimento do vínculo implica na responsabilização do profissional da atenção básica em assumir a condução da proposta terapêutica referenciada pelos níveis secundários (ambulatoriais especializados) ou terciários (hospitais de referência) de atenção em saúde (BÜCHELE et al., 2006).

Atualmente, a atenção básica está em constante organização para suprir a demanda de ações em saúde mental das famílias e das comunidades. Buscando contribuir para a melhoria do cuidado ao portador de transtorno mental, este estudo pretende avaliar a utilização dos recursos da atenção primária ao longo do tempo pelos usuários de psicofármacos para propor ações de atenção integral em saúde mental na atenção básica gerando ferramentas na atenção primária em saúde.

O objetivo geral desse estudo foi de avaliar a utilização do serviço de unidade básica através do seguimento de um ano por usuários de psicofármacos e propor estratégias de ações de saúde mental em atenção primária.

Método

O presente trabalho deu continuidade a um estudo prévio sobre o perfil epidemiológico de 253 usuários de psicofármacos em atenção primária nos meses de abril e maio de 2009, sendo este período considerado a linha de base para o estudo atual (ROBALO, 2009). Trata-se, portanto, de um estudo de coorte prospectivo caracterizado pelo seguimento um ano (abril e maio

de 2010) do grupo de 253 sujeitos para observar e descrever a incidência de determinados desfechos ao longo do tempo (CUMMINGS; NEWMAN; HULLEY, 2008). A pesquisa atual foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEUFRGS; nº 60/09) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA; nº 09-324) e os pesquisadores assinaram um o Termo de Compromisso de Utilização de Dados para o manuseio dos prontuários incluídos no estudo.

Para serem selecionados no estudo inicial, adotaram-se como critério de inclusão os casos em que o usuário buscasse espontaneamente receitas de psicofármacos na UBS Santa Cecília do HCPA durante os meses de abril e maio de 2009. De acordo com a rotina estabelecida, as medicações controladas deveriam ter sido prescritas previamente por um médico e, de posse da cópia da receita antiga, a prescrição da medicação era renovada por mais um mês. Na ocasião, foram excluídos os casos de medicação considerada não psicotrópica.

Os dados do estudo atual foram coletados nos meses de abril e maio de 2010, após um ano do estudo anterior, dos 253 prontuários de usuários que procuraram adquirir sua receita através do acolhimento da UBS em abril e maio de 2009. Cada vez que o usuário comparece a UBS para buscar receitas ou consultar com os profissionais da saúde é de rotina que isto seja registrado no prontuário. Para avaliar a utilização do serviço na atenção básica, foram consideradas as consultas com médicos, enfermeiros, nutricionistas (número de vezes), a realização de exames e da revisão dos medicamentos especiais utilizados (modificações de dose ou de fármaco). Para uniformizar a coleta, foi elaborado um instrumento específico.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS, versão 18.0, e o nível de significância estabelecido foi de <0,05. As variáveis categóricas foram apresentadas através de frequências absolutas e relativas. Para verificar a associação entre o uso do serviço (consultas, exames) com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade) e as clínicas (medicação, diagnóstico de transtornos mentais e de doenças

clínicas) foram usados os testes qui-quadrado e t-student. Para identificar os fatores independentes que determinaram o uso dos serviços em atenção primária foi realizada uma análise de regressão de Poisson com as variáveis demográficas (sexo, idade e escolaridade) e os diagnósticos encontrados nos registros. Posteriormente, o critério de seleção para entrar no modelo final da regressão foi considerado o p-valor < 0,20.

Resultados

Foram avaliados 253 prontuários de pacientes que buscavam receitas de psicofármacos na UBS durante um ano. Um total de 64 (25,3%) da população estudada pertencia à ESF. Observou-se o predomínio do sexo feminino (n=177; 70%), com uma média de idade de 54,2 anos (desvio padrão $\pm 17,9$), sendo a idade mínima de três e a máxima de 96 anos.

Quanto à escolaridade, 48 (18,9%) prontuários não apresentavam informações sobre esta variável. Entre os que estavam registrados, um maior número de pessoas apresentava o ensino médio (n=70; 27,7%) e fundamental (n=40; 15,8%) completos. Os demais haviam cursado até o ensino fundamental (n=31; 12,3%) e médio incompletos (n=18; 7,1%); 22 (8,7%) com ensino superior completo e 15 (5,9%) com ensino superior incompleto. Apenas 9 (3,6%) eram analfabetos.

Em relação aos diagnósticos médicos registrados nos prontuários da população em estudo, observou-se a depressão (n=91; 36%) como o transtorno mental mais frequente e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (n=115; 45,5%) como a doença clínica de maior prevalência (Tabela 1). É possível observar que somente em relação aos diagnósticos de Transtorno de Humor Bipolar (THB) e HAS ocorreu aumento significativo nos registros (p=0,039 e 0,012, respectivamente).

Tabela 1 - Comparação entre os diagnósticos médicos registrados nos prontuários dos usuários de psicofármacos durante o seguimento de um ano. Porto Alegre, 2010.

| Diagnósticos | Baseline | Um ano | p* |
|---|-----------|-----------|--------------|
| | n(%) | | |
| Transtornos Mentais | | | |
| Depressão | 85(33,6) | 91(36) | 0,238 |
| Tabagismo | 53(20,9) | 55(21,7) | 0,804 |
| Transtorno de Humor Bipolar | 19(7,5) | 26(10,3) | 0,039 |
| Transtorno de Pânico | 13(5,1) | 14(5,5) | < 0,999 |
| DQ: Alcoolismo | 11(4,3) | 10(4) | < 0,999 |
| Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade | 5(2) | 6(2,4) | < 0,999 |
| DQ: outras drogas | 5(2) | 5(2) | < 0,999 |
| Esquizofrenia | 4(1,6) | 4(1,6) | < 0,999 |
| Luto Patológico | 3(1,2) | 2(0,8) | < 0,999 |
| Retardo Mental | 2(0,8) | 3(1,2) | < 0,999 |
| Anorexia | 1(0,4) | 1(0,4) | < 0,999 |
| Bulimia | 1(0,4) | 1(0,4) | < 0,999 |
| Transtorno Obsessivo Compulsivo | 1(0,4) | 1(0,4) | < 0,999 |
| Doenças Clínicas | | | |
| Hipertensão Arterial Sistêmica | 106(42,1) | 115(45,5) | 0,012 |
| Obesidade | 55(21,9) | 52(20,6) | 0,581 |
| Dislipidemia | 40(15,8) | 39(15,4) | < 0,999 |
| Diabetes Mellitus | 35(13,9) | 40(15,8) | 0,125 |
| Epilepsia | 14(5,5) | 14(5,5) | < 0,999 |

| | | | |
|--------------|--------|--------|---------|
| Fibromialgia | 10(4) | 9(3,6) | < 0,999 |
| Parkinson | 5(2) | 5(2) | < 0,999 |
| Alzheimer | 2(0,8) | 2(0,8) | < 0,999 |

Notas: DQ - Dependência Química

* Teste Mcnemar; **p<0,05**

A frequência de psicofármacos receitados no período do estudo está apresentada na Tabela 2. Entre as medicações prescritas no período inicial da pesquisa, a de maior ocorrência foram os antidepressivos, sendo a fluoxetina (n=73; 28,9% - antidepressivo inibidor seletivo da recaptção da serotonina - ISRS) e a amitriptilina (n=80; 31,6% - antidepressivo tricíclico - ATC) os mais prescritos. Entre os benzodiazepínicos, o de maior frequência foi o clonazepam (n=25; 9,9%) e o anticonvulsivante mais utilizado foi a carbamazepina (n=22; 8,7%). Dos antipsicóticos típicos, o haloperidol foi o fármaco mais prescrito (n=11; 4,3%) e o antipsicótico atípico foi a risperidona (n=9; 3,6%). É possível constatar que as prescrições praticamente mantiveram-se inalteradas durante o período do estudo (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação entre os psicofármacos receitados em atenção primária durante um ano. Porto Alegre, 2010.

| Psicofármacos | Baseline | Um ano | p [¶] |
|--|-----------|-----------|----------------|
| Antidepressivos | | | |
| ISR da Serotonina, da Noradrenalina ou Dual* | 114(45,1) | 114(45,1) | <0,999 |
| Tricíclicos** | 93(36,8) | 89(35,2) | 0,503 |
| Benzodiazepínicos [#] | 63(24,9) | 63(24,9) | <0,999 |
| Antipsicóticos | | | |
| Típicos [†] | 40(15,8) | 33(13) | 0,118 |
| Atípicos [‡] | 14(5,5) | 11(4,3) | 0,375 |
| Estabilizador do Humor | | | |

| | | | |
|---------------------------------|----------|---------|--------|
| Carbonato de Lítio | 13(5,1) | 12(4,7) | <0,999 |
| Anticonvulsivantes [¶] | 35(13,8) | 43(17) | 0,096 |

* Citalopram; Fluoxetina; Lexapro; Paroxetina; Sertralina, Sibutramina e Venlafaxina;

** Amitriptilina; Clomipramina; Imipramina e Nortriptilina;

Alprazolam; Bromazepam; Clordiazepóxido; Clonazepam e Diazepam;

† Clorpromazina; Haloperidol; Levomepromazina; Sulpirida e Tioridazina;

‡ Clozapina, Olanzapina Risperidona;

¶ Ácido Valpróico; Fenitoína; Fenobarbital; Gabapentina; Lamotrigina; Oxcarbamazepina e Topiramato.

¶¶ Teste Mcnemar; **p<0,05**

Quanto ao uso de serviços na UBS no período de seguimento de um ano, 233 (92,1%) usuários consultaram com o médico, 23 (9,1%) com a enfermeira e 17 (6,7%) com a nutricionista. Houve o predomínio de consultas médicas (n=1001), com uma mediana de 3 (2 a 5), seguidas de exames clínicos (n=340) com uma mediana de 1 (0 a 2) por usuário. Já o total de consultas com nutricionista foi de 57 e com o enfermeiro foi de 52.

Para identificar as variáveis independentes que determinam o uso do serviço, a regressão de Poisson foi executada separadamente. Primeiro, foram incluídos todas as variáveis demográficas e os diagnósticos registrados nos prontuários no início do estudo. A fim de selecionar os preditores relevantes para entrarem no modelo final, consideraram-se somente os resultados com $p < 0,20$. As variáveis que entraram no modelo a seguir foram: diagnósticos de obesidade, DM e epilepsia com as consultas médicas; diagnósticos de Transtorno de Pânico, HAS, DM e Mal de Parkinson e realização de exames (Tabela 3). Entre esses preditores, os usuários com diagnóstico de DM consultaram significativamente mais vezes os médicos e os com epilepsia menos ($p=0,050$ e $0,046$, respectivamente). Quanto aos exames, os preditores foram ter Transtorno de Pânico, HAS e DM para realizar significativamente mais exames ($p < 0,05$) Devido ao

pequeno tamanho da amostra, usuários que consultaram com a enfermeira e com a nutricionista não entraram na análise de regressão.

Tabela 3 - Relação entre o uso dos serviços de saúde em atenção primária através das consultas e exames realizados com os diagnósticos de transtorno mental e doenças clínicas. Porto Alegre, 2010.

| Diagnósticos | Consultas Médicas* | | Exames* | |
|--------------------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| | β | p | β | p |
| Transtorno Mental | | | | |
| Transtorno de Pânico | - | - | 0,779 | 0,002 |
| Doenças Clínicas | | | | |
| Hipertensão Arterial Sistêmica | - | - | 0,512 | 0,002 |
| Obesidade | 0,158 | 0,194 | - | - |
| Diabetes Mellitus | 0,265 | 0,050 | 0,615 | 0,001 |
| Epilepsia | -0,631 | 0,046 | - | - |
| Parkinson | β | - | -0,141 | 0,062 |

*Regressão de Poisson – entraram no modelo as variáveis com $p < 0,20$.

Discussão

As características demográficas e clínicas da amostra são representativas da população geral usuária da UBS, isto é, em sua maioria é de mulheres (77%) com idade em torno dos 50 anos, sendo a depressão o diagnóstico de transtorno mental mais frequente (33,6%), enquanto que a HAS é a doença clínica de maior ocorrência na amostra estudada (41,9%). Esses resultados vêm ao encontro de estudos que confirmam as mulheres como as que mais procuram os serviços de saúde (ALMEIDA-FILHO et al., 1997; FLECK et al., 2002). Além disso, é após os 50 anos que se observa uma maior incidência de doenças cardiovasculares, destacando a HAS como patologia crônica mais frequente em atendimento ambulatorial (AMARAL et al., 2007). Ainda em estudo desenvolvido nesta mesma UBS com usuários que aguardavam consulta e não apresentavam diagnóstico de transtorno mental, foi encontrada alta prevalência de sintomas depressivos - 46% da amostra (CORSO et al., 2009).

Com relação aos diagnósticos de Transtorno de Humor Bipolar (THB) e HAS, pode-se inferir que o aumento significativo verificado deve-se ao efetivo processo de avaliação, para além do fornecimento das receitas controladas. É importante salientar que o manejo de doenças mentais é feito por não especialistas. Os médicos generalistas comumente percebem os problemas mentais na sua clientela, mas consideram que o diagnóstico e tratamento destes problemas é tarefa do especialista (BALLESTER et al., 2005).

Além disso, em relação aos fármacos prescritos, houve aumento na prescrição de anticonvulsivantes no período estudado, o que indica um aumento de usuários com diagnóstico de THB.

Um fato interessante foi a percentagem das doenças clínicas nesses usuários, sendo estas preditoras para o uso dos serviços na APS. As comorbidades entre os transtornos mentais e as doenças clínicas foram decisivas para a caracterização da utilização dos serviços.

A APS mostra-se cada vez mais como um palco propício para a atuação dos profissionais de saúde mental, sendo vital no processo de reinserção do portador de transtornos mentais na sociedade.

Considerações Finais

As características dos usuários de psicofármacos em atenção básica encontradas neste estudo estão de acordo com as pesquisas atuais, bem como a indicação das medicações para os respectivos transtornos mentais.

Contudo, considerando a cronicidade dos transtornos mentais, cuja estabilização está relacionada com a adesão aos psicofármacos, cabe ressaltar a importância da formação de vínculo para a manutenção da relação terapêutica e da continuidade do acompanhamento. Isto é, um vínculo firme e estável entre profissional e usuário é um valioso instrumento de trabalho e a continuidade fortalece a confiança entre ambas as partes. Logo, o cuidado em saúde mental na atenção básica como parte de uma rede implica em responsabilização para a condução da proposta terapêutica referenciada pelos níveis de maior complexidade de atenção em saúde, como ambulatórios especializados, CAPS e internação.

Faz-se necessária a efetiva implementação de programas que visem desburocratizar e pessoalizar a entrega das receitas de psicofármacos para os usuários, utilizando os recursos já existentes, como o acolhimento e a equipe interdisciplinar, mantendo os princípios da integralidade e da formação do vínculo com a UBS. Além disso, implementar um programa de educação permanente em saúde mental para a equipe de ESF, com enfoque na integralidade para detecção dos transtornos mentais por todos os profissionais e agentes de saúde. Para o diagnóstico e tratamento realizado por médicos e enfermeiros da UBS, indica-se a articulação com psiquiatras, psicólogos e

enfermeiros especialistas em saúde mental, através de parceria com os ambulatórios especializados e da utilização de tecnologias atuais como o matriciamento em saúde mental, o qual propõe a atuação do profissional especialista na APS, sem, no entanto, compor a equipe.

Para a enfermagem, especificamente, sugere-se criação de oficinas e grupos de educação para a saúde com o intuito de inserir o usuário na comunidade e aumentar o vínculo com esses pacientes, oferecendo-lhes cidadania, compromisso primeiro dos profissionais de saúde do Brasil.

Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. **British Journal of Psychiatry**, v. 171, p. 524-529, 1997.
- AMARAL, G.F. et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 2, p. 161-168, 2007.
- BALLESTER, D.A. et al. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. **Jornal de Medicina de São Paulo**, São Paulo, v. 123, n. 2, p. 72-6, 2005.
- BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 10.216 de 10 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 18 set. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf> Acesso em: 03 nov. 2009.

BÜCHELE, F. et al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 226-233, 2006.

CAIXETA, C.C.; MORENO, V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 179-188, 2008.

CAMARGO-BORGES, C; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 64-71, 2008.

CORSO, A.N. et al. Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 257-262, 2009.

CUMMINGS, S.R.; NEWMAN, T.B.; HULLEY, S.B. Delineando estudos de coorte. In: HULLEY, S.B. et al. **Delineando pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 115-125.

FLECK, M.P.A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FUREGATO, A.R.F.; COSTA JÚNIOR, M.L.C; SILVA, M.C.F. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.

KLEIN, J.M.; GONÇALVES, A.G.A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, v. 10, n. 2, p. 113-120, 2005.

MODESTO, T.N.; SANTOS, D.N. Saúde mental na atenção básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 19-24, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados de saúde mental nos países em desenvolvimento: uma análise crítica dos resultados da investigação**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1984. Série, 698.

ROBALO, S.S. **Perfil epidemiológico de usuários de psicofármacos em atenção primária**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/24403>>. Acesso em: 30 out. 2014.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan e Sadock**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.

TONINI, N.S.; KANTORSKI, L.P. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 126-132, 2007.