



## REFLEXÕES SOBRE A REDE DE SUPORTE DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO GRUPO GAM

REFLECTIONS ON THE SUPPORT NETWORK OF USERS OF A MENTAL HEALTH REFERENCE CENTER IN BELO HORIZONTE FROM THE EXPERIENCE OF THE GAM GROUP

Maria Aparecida Barbosa Santos <sup>1</sup>  
Maria Goreti do Nascimento Marques <sup>2</sup>  
Paola Tavares Moreira <sup>3</sup>  
Políbio José de Campos Souza <sup>4</sup>

**Manuscrito recebido em:** 21 de novembro de 2021.

**Aprovado em:** 01 de dezembro de 2021.

**Publicado em:** 15 de dezembro de 2021.

### Resumo

**Introdução:** A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica e com a aprovação da Lei Federal 10.216/2001, instituiu-se no Brasil uma política de saúde mental baseada no respeito aos direitos humanos e no tratamento em liberdade. Pesquisadores e usuários da saúde mental, através da experiência de países europeus, buscam incorporar novas estratégias de cuidado. A estratégia Gestão Autônoma da Medicação, orientada pelos princípios do *recovery*, se propõe a deslocar a centralidade do saber médico, proporcionando espaço de discussão com usuários, valorização de vivências, sentimentos e necessidades de cada indivíduo, por meio da corresponsabilização. **Método:** Trata-se de relato de experiência a respeito de um projeto de implantação de um grupo GAM como uma estratégia de melhoria de cuidado realizado em um Centro de Referência em Saúde Mental em Belo Horizonte. O projeto foi delineado e desenvolvido no âmbito da Residência Integrada de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens e Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte, realizada há quase uma década no município. **Resultados:** Desenvolveu-se um grupo GAM ao longo de três meses, com participação de, em média, cinco usuários por encontros semanais, com duração de uma hora cada. **Conclusão:** A estratégia GAM mostrou-se como ferramenta capaz de convocar trabalhadores e usuários para ocuparem um espaço coletivo de produção de cuidado, embora algumas dificuldades tenham surgido, como a pouca adesão. Todavia, o processo de

<sup>1</sup> Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Federal de Ouro Preto. Assistente Social na Prefeitura Municipal de Contagem.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4598-267X> E-mail: mari.cyda@hotmail.com

<sup>2</sup> Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Federal de Ouro Preto. Técnica superior de saúde no Centro de Referência em Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3488-0988> E-mail: detti.marques@gmail.com

<sup>3</sup> Mestra em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e outras Drogas pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Terapeuta Ocupacional na Secretaria de Desenvolvimento Social de Nova Lima.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3488-0988> E-mail: moreira.paola@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Residência em Psiquiatria e Medicina Preventiva e Social pela Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenador da Residência Integrada de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5400-8900> E-mail: polibiodecampos@uol.com.br



implementação da estratégia demonstrou plausível sua aplicabilidade, mesmo em um dispositivo de urgência.

**Palavras-chave:** Residência; Saúde mental; Atenção psicossocial; Recovery; Gestão Autônoma da Medicação.

### Abstract

**Introduction:** From the Psychiatric Reform movement and with the approval of Federal Law 10,216/2001, a mental health policy based on respect for human rights and treatment in freedom was instituted in Brazil. Mental health researchers and users, through the experience of European countries, seek to incorporate new care strategies. The Autonomous Medication Management strategy, guided by the principles of recovery, proposes to shift the centrality of medical knowledge, providing a space for discussion with users, valuing the experiences, feelings and needs of each individual, through co-responsibility. **Method:** This is an experience report about a project to implement a GAM group as a care improvement strategy carried out in a Reference Center for Mental Health in Belo Horizonte. The project was designed and developed within the scope of the Integrated Mental Health Residency at Hospital Odilon Behrens and the Psychosocial Care Network of Belo Horizonte, held for nearly a decade in the city. **Results:** A GAM group was developed over three months, with the participation of, on average, five users in weekly meetings, lasting one hour each. **Conclusion:** The GAM strategy proved to be a tool capable of summoning workers and users to occupy a collective space that seeks the production of care, although some difficulties have arisen, such as poor adherence. However, the strategy implementation process demonstrated its applicability plausible, even in an emergency device.

**Keywords:** Residence; Mental health; Psychosocial care; Recovery; Autonomous Medication Management.

## INTRODUÇÃO

Com a ampliação do movimento da Reforma Psiquiátrica, que ganhou fôlego no Brasil partir da década de 1980, em meio à efervescência social na busca pela redemocratização e, posteriormente, com a aprovação da Lei Federal 10.216/2001, instituiu-se uma reorientação para a política de saúde mental no país<sup>1</sup>.

Inspirada nos modelos de reforma psiquiátrica bem-sucedidos de países europeus, em especial na experiência da reforma psiquiátrica italiana, a política de saúde mental no Brasil passou a redirecionar o tratamento em saúde mental para uma forma mais humanizada, renunciando a lógica hospitalocêntrica e valorizando o tratamento em liberdade, com foco no território e na rede de suporte dos usuários<sup>2</sup>.

Assim, a partir de normativas legais, a rede de assistência à saúde mental vem se transformando, com a substituição do cuidado centrado no hospital psiquiátrico, para o cuidado realizado em serviços substitutivos, de base territorial, comunitária<sup>2</sup>. Conforme o Ministério da Saúde, estão entre os equipamentos substitutivos



ao modelo manicomial, os “Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivências, as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros” (p.22-23)<sup>2</sup>. E as unidades básicas de saúde que têm importante função na relação comunitária da rede de assistência em saúde mental.

Após a inauguração dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) as marcas do isolamento, maus-tratos, próprios do cuidado manicomial passam a ser substituídos por outra forma de cuidar, baseada no respeito aos direitos humanos, no tratamento em liberdade. O cuidado passou a incorporar a lógica do território, representando melhoria significativa no que diz respeito aos direitos destes usuários, a liberdade de circulação, as trocas relacionais, incluindo a família, a comunidade, as instituições locais e a rede de cuidados em saúde<sup>3</sup>.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, cuidar da saúde mental exige que o usuário ocupe posição central no tratamento, e que o principal objetivo não se pautem pelo controle de sintomas<sup>2</sup>. Isso significa elevar o usuário à condição de sujeito de direitos, oportunizando a participação efetiva na sociedade, através do acesso às políticas públicas. Para além das políticas públicas, é ainda fundamental, o desenvolvimento do cuidado familiar, dos laços de amizade, de redes de solidariedade e relacionamentos afetivos, configuração que denominaremos neste trabalho de rede de apoio<sup>4</sup>. Ou seja, além da rede de serviços de saúde, outras redes são importantes para a qualidade de vida das pessoas em situação de sofrimento mental.

No entanto, apesar dos avanços, alguns resquícios manicomiais ainda persistem nas práticas institucionais e na sociedade, em geral. Observamos empiricamente e também localizamos na literatura<sup>3,5</sup> a constatação de que os usuários atendidos nos CAPS passam a ter reduzida a sua rede relacional, encontrando neste equipamento a principal forma de socialização. O adoecimento psíquico aumenta as vulnerabilidades dos sujeitos e são várias as possibilidades de perdas, incluindo as dificuldades nos relacionamentos familiares, a perda laboral e o empobrecimento da rede de relações<sup>5</sup>.



Apontando para a valorização integral do sujeito, pesquisadores e usuários da saúde mental, através da experiência de países europeus, buscam incorporar novas estratégias de enfrentamento ao modelo médico-centrado. Infelizmente, o tratamento medicamentoso ainda prevalece em detrimento a outras formas de tratar<sup>4</sup>.

Desenvolvida em Quebec, no Canadá, e posteriormente adaptada à realidade brasileira por pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense e Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) busca acessar a experiência do usuário acerca do uso de medicamentos psiquiátricos e de outras questões relacionadas à vida, a partir de discussões grupais orientadas<sup>4</sup>.

A estratégia GAM, portanto, é uma prática orientada pelos princípios do *recovery* e propõe o deslocamento da centralidade do saber médico, proporcionado espaço de discussão com o usuário, a valorização de vivências, sentimentos e reconhecimento das necessidades de cada indivíduo, por meio do aprendizado acerca do fazer corresponsável<sup>6</sup>.

Neste relato de experiência buscaremos refletir sobre um projeto de implantação de um grupo GAM como uma estratégia de melhoria de cuidado realizado em um Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam) em Belo Horizonte (MG), um dispositivo que funciona 24h acolhendo usuários em crise e urgência em saúde mental. Esse projeto de melhoria de cuidado foi delineado e desenvolvido no âmbito da Residência Integrada de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens e Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RISM/PBH), realizada desde 2012 no município.

## SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADES

Considerando que o Cersam onde foi realizado o grupo GAM tem, entre seus usuários, uma parcela considerável de pessoas em situação de rua, em situação de alta vulnerabilidade social, refletiremos inicialmente sobre algumas questões sociais. Ademais, dos muitos que adoecem, embora convivam com familiares, grande parte tem perdas em relação à autonomia e independência, a partir do comprometimento das atividades laborais e relacionais.



De acordo com Jessé Souza, existe na sociedade brasileira uma parcela de indivíduos precarizados, marcados pelo nascimento e relegados ao fracasso, designados pelo autor de *ralé estrutural*<sup>7</sup>. Esta classe social desprovida de qualquer privilégio se reproduz, de um lado pelas condições impostas pela origem, e por outro, pelo silenciamento conveniente de uma sociedade que preza, como princípio fundamental, pela manutenção dos seus privilégios.

Assim, o autor<sup>7</sup> sustenta a discussão de que a reprodução da desigualdade se dá através da ordem social legitimada pela sociedade e Estado, em que indivíduos são privados de recursos imateriais essenciais desde a sua gênese. Ele enfatiza a importância de se discutir sobre as raízes da divisão de classes: A quem interessa o silenciamento das injustiças? Assim, destaca que aquilo que elegemos como prioridade para as nossas agendas públicas, vem de encontro aos nossos interesses e necessidades historicamente reproduzidas, apontando a responsabilidade que temos com a reprodução das condições de vida na sociedade.

O processo de adoecimento impõe ao indivíduo certas limitações. Para além das limitações físicas, o adoecimento mental aparece aqui como potencializador da vulnerabilidade de sujeitos acometidos. Destaca-se, assim, um conceito que Castel chamou de *'zona de vulnerabilidade'*: “um espaço social de instabilidade, de turbulências, povoado de indivíduos em situação precária na sua relação com o trabalho e frágeis em sua inserção relacional” (p. 26)<sup>8</sup>.

Para além destas limitações – trabalho e inserção relacional – e todas as suas consequências, há outra limitação ainda mais difundida no ideário social: a associação entre pessoa em sofrimento mental e periculosidade. A ideia de periculosidade data do século XIX, a partir de uma associação entre as manifestações do estado mental alterado com os atos impulsivos de violência e agressão, apontando o sujeito em sofrimento mental como perigoso e criminoso<sup>9</sup>.

O estigma é um fenômeno universal, pertinente a todas as culturas e quando falamos de pessoas acometidas pelo adoecimento psíquico, é sabido que elas precisam lidar com sintomas, limitações, preconceitos, falta de informação e informações erradas acerca da doença mental<sup>10</sup>. Tendo em vista as especificidades deste adoecimento, a família é afetada de modo particular.



Com a alteração da relação familiar se altera, a convivência pode tornar-se difícil, sobretudo quando há falta de informação. A busca pelo tratamento é dificultada, pois, em geral, o familiar não aceita que está adoecido. Estes são alguns fatores que contribuem para tornar penosa a busca pelo tratamento.

A figura feminina aparece, em geral, como principal cuidadora.

o provimento de cuidados em geral para pessoas vulneráveis e que demandem cuidados de terceiros no meio familiar, exige alterações, sobretudo, na rotina de vida das figuras femininas – mãe-esposa, irmã ou filha, que tenderão a figurar como única cuidadora, o que compromete sua qualidade de vida, que passa a ter como centro o cuidado do outro. (p.54)<sup>11</sup>

Neste cenário, vale destacar perdas objetivas e subjetivas. Objetivas no sentido de excesso de tarefas e afazeres domésticos, além do cuidado ao familiar adoecido; dificuldade em sustentar-se no mercado formal, o que vislumbra em perda financeira, alterando a rotina, a qualidade de vida e muitas vezes ocasionando o estresse do cuidador, que, via de regra, necessita de cuidados<sup>11</sup>. Já as perdas subjetivas vêm da percepção dos familiares/cuidadores acerca do processo de adoecimento. Em muitos casos, buscam-se culpados para a situação, sendo comum culpar pais ou mães, ou mesmo o próprio familiar adoecido, especialmente quando há o envolvimento com o uso de drogas.

Para trazer uma nova visão acerca das pessoas em sofrimento mental é preciso vencer o tabu que cerca a temática da loucura em todas as esferas da sociedade, seja a família, escolas, serviços de saúde. Dar ao “louco” voz e vez. Permitir que ele revele a sua capacidade criativa, desviando o olhar da doença como expressão central<sup>12</sup>.

## **A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE BELO HORIZONTE**

Apontado como estratégico para o rompimento do modelo asilar, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um dispositivo que vem de encontro aos princípios da Reforma Psiquiátrica, por sua inserção territorial, atendendo às várias demandas em saúde mental, quais sejam: urgências, acompanhamento ambulatorial, oficinas, ordenar a oferta de medicamentos de alto custo, entre outras<sup>4</sup>.



Em Belo Horizonte, até 1993 não existiam serviços substitutivos. Criados gradativamente, hoje estão presentes em todas as regionais do município, oportunizando aos usuários uma nova forma de tratamento, baseada no direito à circulação, no cuidado humanizado. Ampliação da autonomia, cidadania, sujeito e sociedade experimentando um jeito singular de existir<sup>5</sup>.

Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam), Centros de Convivência, Equipes de Saúde Mental em Centros de Saúde, Serviços Residenciais Terapêuticos, Equipes de Saúde da Família, Samu, Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno, Incubadora de Empreendimentos Econômicos Solidários, Consultórios de Rua, Equipes Complementares de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente, Arte da Saúde, todos inexistentes até 1993<sup>13</sup>.

Ao CERSAM se chega em busca de alívio para o sofrimento, não apenas para a doença. Neste momento, o amparo vem do acolhimento, da palavra que se propõe a compreender o momento da crise. “Todos os recursos postos à disposição do sujeito operam buscando articular os laços e as redes como modo de tratar o sofrimento, oferecendo acolhida nas margens da palavra e no trato delicado” (p.206)<sup>5</sup>.

Outros dispositivos se juntaram a este destinado às urgências, com o objetivo de oferecer ao usuário não somente o útil, o necessário, no sentido restrito da palavra. Mas propiciar a expressão do desejo, daquilo que lhe é prazeroso, demarcando um novo lugar para quem perdeu espaço para as amarras da loucura. “A reinvenção dos laços ou a tessitura fina e delicada destes ganha cores e vida quando sacia sua sede na fonte da cultura” (p.207)<sup>5</sup>.

Exemplos deste lugar privilegiado, os Centros de Convivência e o Arte da Saúde são espaços de produção de novas formas de tratamento, realçando nuances singulares que cada sujeito imprime à sua produção artística. Momentos de expressão pela música, desenho, teatro, mas também momentos de convivência com o outro, reforçando o efeito terapêutico que o laço social e o espaço criativo são capazes de propiciar. Espaços permanentes da exposição criativa de cada usuário e do resgate da construção de seus projetos de vida<sup>14,15</sup>.

Destinados a servir de moradia para os usuários advindos de longos anos de internação, sem vínculos familiares, os Serviços Residenciais Terapêuticos



são espaços de reapropriação da cidade e resgate das relações de pertencimento, vinculados ao território. É a possibilidade de retomar situações corriqueiras. O direito de escolher o que vestir, escolher a hora de descansar, ter amigos e participar de eventos na comunidade etc<sup>5</sup>.

Acrescenta-se também a rede de Atenção Primária à Saúde. As equipes de Saúde da Família, como também os agentes comunitários de saúde, aproximam-se do cotidiano dos sujeitos, experimentando um modo de cuidar pautado na observação das nuances do território, no estreitamento do vínculo, no despertar da confiança<sup>2</sup>.

No caso de municípios maiores, onde estão implantados CAPS ou outros equipamentos da rede de atenção à saúde mental, a lógica do apoio matricial é a mesma: a equipe do CAPS, juntamente com membros das equipes dos outros equipamentos, apoia as diferentes equipes de Atenção Básica através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação<sup>16</sup>. A direção do matriciamento chama a atenção no sentido de que “a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local” (p.34)<sup>16</sup>.

As equipes matriciais de saúde mental e da Atenção Básica devem compartilhar os casos e construir coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma, além de desenvolver ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial<sup>16</sup>.

## **RECOVERY E GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: O USUÁRIO COMO SUJEITO DO SEU PERCURSO**

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia grupal de melhoria do cuidado orientada para a valorização das experiências dos usuários da saúde mental. Busca desconstruir o modelo médico-centrado, baseado no uso de psicofármacos, e valorizar outras formas de tratamento – a comunicação, afetos, relações. É um grupo que busca potencializar o espaço de escuta, de circulação da palavra, com vista ao protagonismo, ao empoderamento e à corresponsabilidade<sup>4</sup>.





Nesse sentido aparece a figura do usuário que sofre, e que embora qualificado dentro de um critério diagnóstico, tal diagnóstico não dá conta e nem explica as suas necessidades, angústias, queixas, expectativas. Remete assim a uma escuta mais sensível, que busca valorizar o “como”. É dar voz ao sujeito para que experiências e significados vividos possam ser conhecidos e considerados<sup>17</sup>.

Embora haja importantes avanços no tocante ao cuidado às pessoas em sofrimento mental, as dificuldades encontradas na condução dos projetos de cuidado ainda estão presentes, e dentre elas “está a efetivação de um cuidado produtor de autonomia e protagonismo, que coloque em análise permanente nossas práticas de gestão e de atenção” (p.91)<sup>18</sup>.

Deste modo, cabe destacar a função clínica e política de operação do grupo GAM, que se propõe extrapolar o espaço grupal, rumo à dimensão institucional, dando ao ato de cuidar um caráter mais participativo. Nesse sentido, “(...) trata-se de questionar o agir terapêutico que supervaloriza uma relação com a doença, enquanto fato objetivo e natural, perdendo de vista o que deveria considerar como sua principal preocupação: o sujeito em sofrimento” (p.92)<sup>18</sup>.

Considerando os desafios que ainda persistem, destacamos um conceito ainda pouco explorado na saúde mental brasileira: o conceito de *recovery*. Esta reorientação já faz parte da prática em saúde mental de vários países europeus, entre eles, EUA, Grã-Bretanha, Canadá<sup>19</sup>, com ênfase para o trabalho realizado em Trieste, na Itália<sup>20</sup>, e pode ser uma oportunidade para a reforma psiquiátrica brasileira avançar<sup>21</sup>.

A literatura brasileira disponível não encontra uma definição exata para o termo *recovery*. Para fins de compreensão, podemos indicar que:

O *recovery* é um processo prolongado e delicado; não exclui o processo de adoecimento, mas modifica a experiência do sofrimento dando-lhe novas significações. Há mudança no significado que a experiência de adoecimento tem na vida da pessoa em sofrimento psíquico, uma vez que o foco deixa de estar no sofrimento psíquico e move-se para outros interesses. O conceito vai, deste modo, além do desaparecimento de sintomas, mas fundamentado no restabelecimento da esperança e da recuperação da vida devido às perdas com o transtorno mental e a busca por novos sentidos. (p. 23)<sup>21</sup>

A prática orientada pelo *recovery* direciona o cuidado para a experiência vivida pelo usuário em sofrimento psíquico, para suas possibilidades de autonomia e cidadania, envolvendo os serviços de saúde, a comunidade, relações de suporte, dentre outras, como condição de exercício de participação e cidadania plena.



Comungando com tais pressupostos – que consideram a experiência de cada um em relação à doença – a estratégia GAM aponta para uma mudança das ações em saúde, levando em consideração os vários modos de existir, em sua complexidade e concretude, e que o cuidado em saúde mental está para além de medicamentos e psicoterapias. Isso inclui ampliar o olhar para o cotidiano, para as possibilidades de circulação e trocas sociais pelo território em que moram, valorizando o pertencimento<sup>4</sup>.

O trabalho em rede, um processo interativo entre sujeito, território e serviços ofertados, precisa ser valorizado, e ainda é necessário incluir também a família e os modos como a mesma percebe o processo de adoecimento<sup>17</sup>. Não devemos perder de vista a dimensão política da prática clínica, assinalando em direção às mudanças que o trabalho em equipe pode operar na sociedade como um todo, a partir de pequenas ações que coadunam, por exemplo, com inclusão social<sup>22</sup>.

Assim, o modo de operar dentro do grupo GAM, orientado pelos princípios da autonomia, aqui entendida por “estar em relação com os outros, e não sozinho” e cogestão, “a gestão que se faz juntos”, convoca a todos para essa nova tessitura, um modo de operar voltado para o empoderamento do usuário, considerando-os “protagonistas e corresponsáveis (responsáveis junto com os profissionais) pelo tratamento que seguem” (p.10)<sup>4</sup>.

Tal estratégia, através desses princípios norteadores – autonomia, cogestão, corresponsabilidade e empoderamento – propõe orientar os usuários acerca das formas de enfrentamento de situações, como também informar sobre as atividades disponíveis nos vários equipamentos com vista à ampliação da rede relacional.

A estratégia GAM propicia ainda reflexão sobre as práticas institucionais, no intuito de equilibrar as relações de poder entre usuário e instituição, de forma a valorizar a manutenção de espaço para discussão coletiva acerca da utilização dos medicamentos psiquiátricos.



## **A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO**

A escolha de implantação da GAM surgiu com pretensão de expandir esta estratégia de melhoria do cuidado para o maior número possível de dispositivos da rede de Saúde de Belo Horizonte, problematizando as práticas em saúde mental já estabelecidas e visando capacitar e potencializar o protagonismo e empoderamento dos usuários.

O processo de implantação do grupo GAM aconteceu no âmbito da RISM/PBH, ancorado em experiências realizadas em anos anteriores, que indicaram aspectos relevantes para a operacionalização do projeto, favorecendo melhor planejamento e execução das ações. Ou seja, ao mesmo tempo que a intervenção possibilitou que residentes em formação entrassem em contato com essa tecnologia, convocou trabalhadores da rede para a experiência e ofertou essa possibilidade de cuidado aos usuários do serviço.

O grupo GAM foi realizado em um Cersam de Belo Horizonte que funciona 24 horas, todos os dias da semana, acolhendo usuários em crise e urgência em saúde mental. O tratamento se dá por hospitalidade noturna, permanência-dia e ambulatório, de acordo com a necessidade. Como já indicamos, este Cersam tem, dentre seus usuários, uma parcela considerável de pessoas em situação de rua, em situação de alta vulnerabilidade social.

O Guia do Moderador GAM<sup>4</sup> destaca a importância da interação entre os profissionais do serviço, os moderadores e os gestores, para que o grupo não se desenvolva de modo isolado. Assim, antes de iniciar a intervenção, realizamos uma reunião entre os trabalhadores envolvidos e a gerência do equipamento para acordar a data de início, a apresentação e sensibilização da equipe e a forma de convidar os usuários. Coletivamente, definimos que o grupo aconteceria semanalmente, com uma hora de duração. Os encontros foram programados para serem realizados no período de 14 de novembro a 20 de fevereiro de 2018. Entretanto, da previsão de quinze encontros, apenas dez ocorreram com a efetiva participação de usuárias, usuários, trabalhadoras e trabalhadores. Os outros cinco encontros previstos não aconteceram em função da ausência de usuários, de compromisso da equipe envolvida e das festividades de fim de ano e carnaval.



Com o objetivo de provocar a equipe e os usuários a pensar sobre a prática de dispensação e uso de medicamentos foi feito um painel na recepção, com caixas de medicamentos e frases retiradas do Guia GAM, chamando a atenção para o conteúdo das discussões.

O grupo GAM teve início com a participação de sete trabalhadores: três profissionais trabalhadores do serviço (terapeuta ocupacional, assistente social e farmacêutica), com carga horária protegida, e quatro residentes (um assistente social e três médicos). A cada encontro três desses profissionais ficavam no lugar de moderadores a fim de observar e ouvir as experiências relatadas, bem como organizar as dinâmicas introdutórias de cada encontro. Assim, a partir das falas dos usuários de como se percebiam, de suas histórias de vida e dos desafios enfrentados por eles, fomos direcionando os temas a serem abordados. Pactuamos que semanalmente, tiraríamos trinta minutos antes do início do grupo e trinta minutos após o término para preparação e avaliação, respectivamente. Dessa forma, após cada encontro os profissionais que coordenavam o grupo se reuniam para refletir e discutir sobre os tópicos apresentados nas falas dos usuários e em seguida programavam os temas a serem levados para o próximo encontro.

Definimos que as referências técnicas indicariam e convidariam os usuários para a participação. Para o primeiro encontro, dada a dificuldade de trazer os usuários para o grupo, optamos por convidar aqueles que estavam no equipamento em permanência dia ou ambulatório, que se dispuseram a participar. Desse modo, o primeiro encontro aconteceu com vinte usuários e foi apresentada a origem e os objetivos da GAM. Além disso, foi articulado como os usuários a definição do dia da semana e horário dos encontros.

A metodologia para os encontros foi baseada no Guia de Gestão Autônoma da Medicação (doravante Guia GAM)<sup>4</sup>. A estruturação dos encontros, contudo, se processou à medida em que eles foram ocorrendo. O primeiro encontro teve como tema “Conhecendo um pouco sobre você”, como orientado pelo Guia GAM. Os temas dos encontros subsequentes relacionavam-se às dificuldades trazidas pelos usuários em relação ao convívio familiar, as limitações da liberdade em função de problemas de saúde, as relações afetivas e rede de apoio, conhecendo seus direitos e informações sobre seus medicamentos.



Nos encontros seguintes, visando retornar aos critérios estabelecidos, optamos por reduzir o grupo, focando naqueles que foram indicados ou que foram convidados e manifestaram interesse. Ou seja, os critérios de inclusão estabelecidos foram: indicação pelas referências técnicas e/ou interesse espontâneo e pensamento organizado/capacidade de compreensão.

Inicialmente, pensamos na possibilidade de realizarmos um grupo fechado. No entanto, percebemos que tal formato não seria adequado para a execução no equipamento, dada a dificuldade de participação dos usuários nos encontros. Desse modo, mantivemos o grupo aberto, novos participantes poderiam entrar a qualquer momento.

Em princípio, baseado em orientação dos grupos anteriores, estimamos que o grupo contaria com dez participantes. No entanto, esse número não foi alcançado e a participação em cada encontro variou a um total de quatro a cinco usuários. O envolvimento dos usuários se deu a partir de dinâmicas e os materiais utilizados foram cartazes e fichas em folha A4.

Três encontros aconteceram tendo como foco a discussão sobre o cotidiano, incluindo as relações familiares e comunitária, a experiência com a medicação e outras formas de tratamento. Um encontro foi especificamente para conversarmos sobre autonomia e liberdade. Outro encontro foi dedicado à reflexão sobre redes de apoio, durante o qual exploramos a discussão sobre os recursos disponíveis na comunidade e as dificuldades encontradas para o estabelecimento de uma rede de apoio. A saúde como direito foi tema de um dos encontros, quando tivemos a oportunidade de retomar a discussão sobre autonomia e ampliarmos o debate, incluindo a discussão sobre cogestão. Nesse encontro, algumas questões animaram os diálogos: Você conhece a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde? Você conhece seus direitos e compromissos enquanto usuário em relação ao uso de medicamentos e da escolha de seu tratamento? Internação involuntária, se já passou por esta experiência, gostaria de compartilhar com o grupo? Após esses primeiros seis encontros, o tema da gestão autônoma da medicação foi abordado de maneira mais focalizada.



Assim, os três encontros subsequentes foram dedicados à discussão sobre o tratamento e o uso de medicamentos psiquiátricos. Algumas das questões que motivaram os encontros foram: Por que você começou a tomar medicamentos psiquiátricos? Há quanto tempo? Teve explicação por parte dos médicos e familiares do porquê usar os medicamentos? Você sabe por quanto tempo deve permanecer usando os medicamentos? As moderadoras apresentaram informações sobre os medicamentos comumente mais usados e citados pelos usuários e conversamos sobre interações medicamentosas, contraindicações e efeitos colaterais. Além disso, discutimos sobre os tipos de receitas utilizadas (branca, azul e amarela) e sobre leitura de bula.

Finalmente, realizamos um encontro final, com avaliação conjunta sobre os encontros. Este dia o encontro foi de portas fechada. No geral, os usuários consideraram que os encontros foram facilitadores para suas relações e para a melhoria da qualidade de vida a partir das discussões e compartilhamento de suas experiências em grupo.

Do total de 38 usuários que frequentaram os 10 encontros do grupo GAM no Cersam Leste, 03 usuários participaram de todos os encontros. Estes três usuários estavam, naquele período, em permanência dia para tratamento de crise psiquiátrica. E dois entre eles já participavam de outros grupos em um Centro de Convivência e possuíam certa autonomia e boa circulação na cidade. Em contrapartida, 15 usuários participaram apenas de um encontro, pois haviam sido acolhidos em caráter de urgência no dia do encontro GAM ou porque ficaram pouco tempo em permanência dia e retornando ao Cersam Leste somente para atendimento ambulatorial. Enquanto outros 20 pacientes participaram de duas a quatro vezes uma vez que o grupo, porém sem muito envolvimento. Esses últimos ficavam por conta de esperar o café da tarde e a hora da liberação do transporte para suas residências. Parte desses usuários foram os que mais relataram dificuldades no relacionamento familiar, pois consideravam que irmãos e pais não lhe davam atenção e cuidado.

Com relação à rede de suporte, buscamos apreender através das falas dos usuários, as mais variadas expressões dos sentimentos e vivências acerca do circuito relacional familiar, comunitário e rede de serviços, atravessado pela experiência do adoecimento psíquico.



A utilização da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação mostrou-se potencialmente adequada quanto à participação dos usuários nas discussões. Os resultados qualitativos trouxeram ao conhecimento a situação vivenciada pelos usuários no interior das suas famílias, evidenciando a falta de informação sobre os sintomas da doença e dificuldades de convivência: *“minha esposa fala de me largar porque eu não consigo fazer nada em casa, eu acho que é culpa do haldol”* (fala de usuário participante do grupo GAM).

Em relação ao território e redes informais, evidenciou-se que a diferenciação estigmatizante faz parte do enfrentamento diário do usuário da saúde mental: *“a pessoa ‘normal’ pode tudo, xingar, desrespeitar, bater. E a pessoa ‘louca’ não pode fazer nada, sempre tem alguém pra discriminar”* (fala de usuário participante do grupo GAM).

Quando as experiências foram ganhando espaço, a família apareceu como um ponto basal na vida destes usuários. As falas evidenciaram o quanto o núcleo familiar influencia na qualidade de vida do usuário. Vieram à tona falas que expressaram sentimentos de solidão, abandono, incompreensão, inutilidade.

Ao resgatarem suas histórias, vários relatos demonstraram o peso das experiências para cada um. Muitas vezes o núcleo familiar é o perpetrador da violência. Mas esta família, que muitas vezes não sabe como lidar com o seu familiar adoecido, não pode ser hostilizada ou culpabilizada. Ao contrário, *“o fato é que a primeira batalha dos familiares, quando identificam o sofrimento de seu ente querido como um provável surto psicótico, é conseguir convencê-lo a buscar tratamento”* (p.86)<sup>10</sup>. Por meio das falas que surgiram em nossos encontros, constatamos a necessidade de suporte adequado a este núcleo fundamental para o bom percurso do tratamento, considerando que a família também se angustia diante do sofrimento.

Dessa forma, é de extrema relevância considerar a implementação de grupos para familiares. Valorizar o trabalho de grupo como espaço para troca de experiências, ajuda e suporte é uma estratégia importante. O cuidador familiar muitas vezes, mergulhado nesta tarefa, sente-se sozinho, desamparado. O processo grupal favorece a partilha das vivências, imprimido novo olhar para a tarefa do cuidar, inclusive favorecendo a sistematização destes cuidados<sup>11</sup>.



Apesar das limitações impostas à família, vale destacá-la como capaz de sustentar o cuidado, como espaço de manutenção dos vínculos (caso haja), como agente de mudanças na organização dos serviços, como potencializadora de autonomia. Importante também valorizar outras formas de cuidado produzidas nas relações mais próximas, tais como vizinhos, os “irmãos” de comunidades religiosas, entre outros<sup>11</sup>.

Considerando o contexto atual, em que a política de atenção à saúde mental está sob ameaça, torna-se imperioso que a família assuma um lugar de agente político engajado, capaz de fazer frente aos desafios relativos ao cuidado, e principalmente, que seja construtora de uma nova relação com a loucura, para além do âmbito familiar, ampliando o olhar da sociedade como um todo para a valorização e respeito da pessoa em sofrimento mental<sup>11</sup>.

Em relação à participação dos profissionais, houve pouco envolvimento, descrença e desesperança: *“me preocupa como vai ser abordada essa questão da medicação, ele é muito persecutório”*; *“essa abordagem não é para o Cersam”* (falas de trabalhadores do serviço) Essas posições evidenciaram a necessidade de problematizar as práticas em saúde até então instituídas.

No que diz respeito ao processo de contratação e à tomada de decisões, notamos muita centralidade das falas nos moderadores. Segundo o Guia GAM<sup>4</sup> um grande desafio do manejador cogestivo é manter a circulação da palavra, deslocando a referência para os participantes do grupo.

A partir dessas experiências, percebemos que é necessária maior habilidade de manejo, seja para mediar as discussões no grupo, seja para pedir a retirada do usuário, caso o estado mental esteja de tal modo alterado, que não permita a participação. Na maioria dos encontros, contamos com a presença de usuários que estavam em hospitalidade noturna, o que não inviabilizou a realização das atividades.

Percebemos ainda o quão importante é o processo de prática, ou seja, desenvolver as intervenções grupais para que seja possível aperfeiçoá-las como formas de cuidado. Embora tivéssemos acesso a vários apontamentos sobre as formas de execução, vários entraves se apresentaram. No entanto, a persistência na continuidade do grupo mostrou que é possível a execução apesar das dificuldades. Nesse sentido, é importante lembrar que o documento que utilizamos é um subsídio extremamente relevante, embora não seja um manual:





Este documento não é um “manual para GAM”. Pelo contrário: são pistas, sugestões, dicas e orientações a partir da experiência vivida, que podem ajudar você a, considerando o contexto local, criar seu próprio caminho – flexível, adaptável, e partindo sempre do diálogo com os participantes do Grupo. Tudo o que apresentaremos aqui pode ser flexibilizado e reavaliado a partir da realidade local (o contexto, o território, as equipes, a gestão, os problemas locais). (p. 9)<sup>4</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência de implementação da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação no Cersam, por meio da Residência Integrada de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens e Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte, proporcionou tanto a qualificação profissional das trabalhadoras envolvidas no processo (preceptoras e residente) como o desenvolvimento de uma forma de cuidado. Por meio do grupo GAM, foi possível o compartilhamento das vivências dos usuários acerca do uso de medicamentos psiquiátricos, seus efeitos e o impacto que o sofrimento mental ocasiona nas relações familiares e comunitárias, incluindo os atendimentos em serviços de saúde.

A GAM mostrou-se como ferramenta capaz de captar a singularidade de cada sujeito, possibilitando a ressignificação de experiências, por meio da circulação da palavra dentro do grupo. O processo de implementação da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação demonstrou plausível a aplicabilidade da ferramenta, mesmo em um serviço de urgência.

Percebeu-se, durante o encontro de retrospectiva dos aprendizados, que os conteúdos abordados foram assimilados pelo grupo, numa demonstração de que o trabalho executado atingiu os objetivos esperados, sobretudo quanto à participação dos usuários. Estes demonstraram grande interesse para expor suas experiências, em princípio mais tímidos, mas pouco depois, muito participativos, ressaltando o valor desse espaço de escuta coletiva como contraponto aos espaços de escuta individual.

No tocante aos processos de trabalho, segundo os usuários, “os profissionais estão sempre sem tempo para atendê-los”. Cabe, assim, avaliar o impacto da sobrecarga de trabalho na saúde mental para os próprios trabalhadores, mas também para os usuários assistidos.



Finalmente, destacamos que trabalho executado sugere uma reflexão sobre os investimentos nas formas de cuidar sustentadas pela palavra, especificamente no fazer coletivo, no espaço de escuta em que cada um atravessa e é atravessado pelo outro, num ressignificar de vivências, alterando o fazer em saúde mental, a partir da apropriação da estratégia de grupo como forma de valorizar cada um destes atores: trabalhadores, usuários, instituição e famílias, reconhecendo a importância das diferentes redes de cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 10.216 de 06 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. Diário Oficial da União, Brasília, 06 abr. 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Saúde Mental. v. 34. Brasília: Editora MS, 2013. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 30 de nov. de 2017
3. Mateus MD. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). In: Mateus, M. D. (Org.). Políticas de saúde mental: baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p.139-158. Disponível em:  
<[http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db\\_800ac92563e64a88b9a0c87d9cd7ede6.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_800ac92563e64a88b9a0c87d9cd7ede6.pdf)>. Acesso em: 22 de dez. de 2017.
4. Onocko-Campos RT et al. Gestão Autônoma da Medicação: Guia de Apoio a Moderadores. (S.I.): DSC/FCM/UNICAMP/AFLORE/ DP/UFF/ DPP/UFRGS, 2014. Disponível em:  
<[https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia\\_gam\\_moderador\\_-\\_versao\\_para\\_download\\_julho\\_2014.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf)>. Acesso em: 12 de dez. de 2017.
5. Trajano ARC, Silva R. Humanização e Reforma Psiquiátrica: A Radicalidade Ética em Defesa da Vida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos HumanizaSUS: Saúde Mental. v.5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p.197-214. Disponível em:  
<[http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db\\_3bbfba853c2d46f0849825b375239965.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_3bbfba853c2d46f0849825b375239965.pdf)>. Acesso em: 20 de jan. de 2018.



6. Romão CO. IMANI: a importância dos espaços comunitários como estratégias de Recovery para usuários de álcool e outras drogas. (Trabalho de Conclusão de Residência Integrada em Saúde Mental, Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e Universidade Federal de Ouro Preto). Belo Horizonte, 2020.
7. Souza J et al. Ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
8. Castel R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a desfiliação. Caderno CRH, 1997; 26/27:19-40. 1997. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/view/18664/12038>>. Acesso em: 20 de dez. de 2017.
9. Oliveira RT, Rodrigues W. A política, o social e a clínica enquanto saídas para a desconstrução dos manicômios e do mito da periculosidade. In: Venturini E, De Mattos V, Oliveira RT. O Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016. Disponível em: <[http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db\\_1688888f11b64528a5b4fd326bd683ea.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_1688888f11b64528a5b4fd326bd683ea.pdf)>. Acesso em: 10 de dez. de 2017.
10. Villares CC et al. Estigma na esquizofrenia. In: Noto CS, Bressan RA. Esquizofrenia: avanços no tratamento multidisciplinar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 81-92.
11. Büchele CF, Dimenstein MDB(Orgs.). Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Recursos e estratégias do cuidado. [Recurso eletrônico]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. Disponível em: <[uniasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas](http://uniasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas)>. Acesso em: 12 de dez. de 2017.
12. Abou-YD M. Por uma clínica antimanicomial: a audácia de um projeto. In: Lobosque, A. M. (Org.). Caderno Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica que queremos. Por uma Clínica Antimanicomial. v. 1. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007. p. 53-58. Disponível em: <[http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db\\_106eed04fe1942618181e1dba0aa0f4d.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_106eed04fe1942618181e1dba0aa0f4d.pdf)>. Acesso em: 16 de dez. de 2017.
13. Prefeitura de Belo Horizonte. Projeto de Residência em Psiquiatria da Rede Municipal de Saúde – PBH, 2011.
14. Teixeira RM. Projeto Arte da Saúde: ateliê de cidadania. In: Nilo K, Morais MAB, Guimarães MBL, Vasconcelos ME, Nogueira MTG, Abou-Yd M. (Orgs). Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: SMSA/PBH, 2008.



15. Novaes AP, Zacheé K, Soares M. Centro de Convivência: novos contornos na cidade. In: Nilo K, Moraes MAB, Guimarães MBL, Vasconcelos ME; Nogueira MTG, Abou-Yd M. (Orgs). Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: SMSA/PBH, 2008.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 16 de dez. de 2017.
17. Moreira DJ, Bosi MLM, Soares CA. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior AG (Orgs.). Itinerários terapêuticos: integralidade o cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – Abrasco; 2016. p. 223-236. Disponível em: <[http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db\\_321ca8bce7164363995cf1a8623a3c48.p df](http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_321ca8bce7164363995cf1a8623a3c48.p df)>. Acesso em: 13 de jan. de 2018.
18. Mello VRC, Paulon SM. Travessias de Humanização na Saúde Mental: Tecendo Redes, Formando Apoiadores. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos HumanizaSUS: Saúde Mental. v. 5. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 85-106. Disponível em: <[http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db\\_3bbfba853c2d46f0849825b375239965.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_3bbfba853c2d46f0849825b375239965.pdf)>. Acesso em: 18 de jan. de 2018.
19. Venturini E, Goulart MSB. Recovery: ambiguidades e confrontações. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2017; 9(21):282-299. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4692/4884>>. Acesso em: 20 de jan. de 2018.
20. Marin I. A Perspectiva do usuário esperto e a casa Recovery em Trieste. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2017; 9(21):114-124. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4680/4869>>. Acesso em: 22 de dez. de 2017.
21. Silveira AR, Almeida APS, Souza CL, Prates TEC, Rabelo MO, Sampaio CA, Silveira JA. Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações. Cadernos Brasileiros De Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health. 2017; 9(21):17-30. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69533>



22. Delgado PGG. Por uma clínica da reforma: concepção e exercício. In: Lobosque AM. Caderno Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica que queremos. Por uma Clínica Antimanicomial. v. 1. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007. p.59-66. Disponível em: <[http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db\\_106eed04fe1942618181e1dba0aa0f4d.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_106eed04fe1942618181e1dba0aa0f4d.pdf)>. Acesso em: 15 de jan. de 2018.