

Educação em saúde e planejamento estratégico situacional em um centro de atenção psicossocial no interior paulista: relato de experiência

Health education and situational strategic planning in a center of psychosocial attention in the countryside of São Paulo: experience report

DOI:10.34119/bjhrv5n3-314

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 28/03/2022

Letícia Isabel Ferreira Silva

Enfermeira Residente em Saúde Mental

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP)

Endereço: R. Pedro Delmanto, 880, Jardim Paraíso, Botucatu – SP

E-mail: leticia.isabel@unesp.br

Maria Solange de Castro Ferreira

Doutora em Saúde Pública

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP)

Endereço: Av. Prof. Montenegro, s/n, Distrito de Botucatu - SP

E-mail: solange.castro@unesp.br

Ana Maria Rodrigues Fadini

Enfermeira residente Saúde do Adulto e Idoso

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP)

Endereço: R. Benedito Franco de Camargo, 427, Vila São Judas Thadeu, Botucatu - SP

E-mail: ana.fadini@unesp.br

Laviny Moraes Barros

Enfermeira residente em Cardiologia

Instituição: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC)

Endereço: Av. Jurucê, 70, Indianópolis, São Paulo - SP

E-mail: laviny.moraes@unesp.br

Ângelo Antônio Paulino Martins Zanetti

Enfermeiro especializando em Sistematização da Assistência em Enfermagem

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina em Botucatu (HCFMB)

Endereço: R. Tenente Silvio Besteti, 47, Vila Padovan, Botucatu - SP

E-mail: angelo.zanetti@unesp.br

Eduardo Gabriel Cassola

Enfermeiro Residente em Saúde Mental

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP)

Endereço: Carlos Bauer Filho, 84, Jardim Brasil, Botucatu - SP

E-mail: eduardo.g.cassola@gmail.com

Ingrid Christofalo Salvador

Enfermeira Residente em Saúde Mental

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP)

Endereço: R. Lincoln Vaz, 424, Vila Nossa Senhora de Fátima, Botucatu - SP

E-mail: ingrid.christofalo@unesp.br

Vinicius Martin Trevisan

Pós-graduando em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental

Instituição: Centro Universitário São Camilo

Endereço: R. Coronel Eduardo Amaral, 55, Andradas - MG

E-mail: v.trevisan@unesp.br

Tainá Nikoli Goes

Graduanda em Enfermagem

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP)

Endereço: R. Raphael Sampaio, 354, Boa Vista, Botucatu - SP

E-mail: taina.goes@unesp.br

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo aplicar o Planejamento Estratégico Situacional (PES) em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do interior paulista, e desenvolver estratégias de educação em saúde para melhorar a adesão ao regime medicamentoso dos usuários. O PES foi realizado contemplando três fases: I. foi efetuado o levantamento das possíveis causas do problema; II. listou-se os nós críticos; e III. apontou-se os possíveis cenários e operações viáveis, as quais foram sistematizadas em quadros. A ação educativa foi realizada em um CAPS no município de Botucatu/SP, entre os meses de agosto e setembro de 2021, durante o estágio prático curricular supervisionado do curso em enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu. Através da aplicação do PES e da problemática levantada, foi possível desenvolver estratégias para conscientizar e orientar os usuários sobre a importância de aderir corretamente ao regime medicamentoso, por meio de atendimentos individuais e em grupo, teleatendimentos, acolhimento, pré-consulta e pós-consulta e visitas domiciliares. A experiência do PES proporcionou um olhar crítico frente às demandas relacionadas à adesão ao regime medicamento pelos usuários, possibilitando o desenvolvimento de estratégias e a implementação dessas ações na prática do serviço.

Palavras-chave: planejamento em saúde, planejamento estratégico, adesão à medicação, serviços de saúde mental, educação em saúde.

ABSTRACT

This paper had as objective to apply the Situational Strategic Planning (SSP) in a Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) [Center of Psychosocial Attention] in the countryside of São Paulo, and to develop health education strategies to improve the user's adherence to drug treatment. The SSP was done in three phases: I. inquiring of the possible causes of the problem. II. listing of the critical knots; and III. indication of the possible scenarios and viable operations, which were systematized in boards. The educational action was accomplished in a CAPS in the city of Botucatu/SP, between August and September of 2021, during the practical supervised curricular internship of the nursing course of the Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) [Botucatu Medicine College]. Through the appliance of the SSP and the problem detected, it was possible to develop strategies to raise awareness and to orient the users about the importance of following the drug treatments correctly, through individual and group sessions,

phone calls, assistance, pre and post appointments, and home visits. The experience of SSP provided a questioning point of view regarding the demands related to the user's adherence to drug treatments, enabling the development of strategies and the implementation of these actions in the service's practice.

Keywords: health planning, strategic planning, medication adherence, mental health services, health education.

1 INTRODUÇÃO

1.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) considera um conjunto de abordagens utilizadas em diferentes momentos do processo de planejamento, seja o explicativo, normativo, estratégico e/ou tático-operacional¹, esses momentos estão em constante interação, sem uma sequência linear estabelecida, podendo ser visualizado na tabela 1.

O PES é um instrumento gerencial, muito utilizado na enfermagem. Com foco na resolução de problemas, os profissionais descobrem e enfrentam padrões que consideram inadequados ou intoleráveis na realidade, o que o incentiva a enfrentá-los e visa promover mudanças².

Tabela 1. Momentos do Planejamento Estratégico Situacional³

Momento explicativo - momento de escolher e compreender os problemas que são considerados relevante para o ator social e nos quais ele pretende intervir

Momento normativo - momento em que o plano de intervenção é arquitetado e as operações específicas para o resultado são determinadas, com referência aos nós-críticos selecionados.

Momento estratégico - momento de análise de viabilidade de todos os aspectos do plano: político, econômico, cognitivo, organizacional

Momento tático-operacional – momento da implementação do plano, com proposta de ajustes durante o processo

Fonte: elaboração própria, 2021.

1.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde consiste em uma prática social que visa sensibilizar e mobilizar indivíduos e sociedade para a resolução de problemas relacionados à saúde, investigação e processo que requer a participação do serviço público e da comunidade em geral⁴.

“A Educação em Saúde se constitui como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde e de saneamento ambiental”⁵.

As práticas de educação em saúde estão intimamente ligadas ao trabalho em saúde, mas muitas vezes são ignoradas pela instituição no planejamento e organização dos serviços, na execução das práticas assistenciais e na gestão de si mesma⁶. Quando falamos da elaboração de práticas de educação em saúde, o tema deve incluir a compreensão de projetos comunitários e perspectivas globais que estão sendo atualizadas por meio de métodos de construção e planejamento de fala e processos educativos no setor saúde⁷.

“As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente”⁶.

1.3 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

A não-adesão do usuário ao regime medicamentoso mostra-se como uma problemática atual na área da saúde, afetando grande parte dos pacientes em seguimento no serviço especializado em saúde mental. Esse comportamento implica em diversas consequências clínicas, como recaídas e agravos futuros, além do aumento da hospitalização e diminuição da qualidade de vida, sendo influenciado por múltiplos fatores (psicológicos, sociais, familiares, comportamentais e de tratamento)⁸⁻¹⁰.

Uma das formas de Não-Adesão ao Regime Medicamentoso (NARM) é a interrupção abrupta da medicação, a qual pode desencadear desorganização do discurso e/ou do comportamento, sintomas de retirada ou síndrome de descontinuação, podendo ocasionar quadros graves e até risco de morte^{11,12}.

Outra forma de adesão incorreta é o uso abusivo da medicação prescrita, que pode resultar em diferentes desfechos, a depender da classe medicamentosa e da quantidade ingerida pelo usuário. A absorção de doses excessivas de psicotrópicos, seja ela acidental ou proposital, é responsável por diferentes níveis de intoxicação, e conseqüentemente, diferentes danos ao usuário, como depressão respiratória, hipotensão arterial, coma e óbito¹³.

A ingestão medicamentosa com motivação de autoextermínio é uma prática recorrente entre muitos usuários de psicotrópicos. Ainda que a Organização Mundial de Saúde (OMS) compreenda o suicídio como um problema de saúde pública complexo e multifatorial^{14,15}, estudos apontam altas taxas de tentativas de suicídio por sobredose medicamentosa intencional¹⁶.

No entanto, ainda existem outras motivações para que o usuário não tenha uma adesão correta do regime medicamentoso, como fatores “relativos à doença, ao tratamento, ao paciente,

aos aspectos psicossociais, às crenças, aos hábitos de vida, à instituição e ao relacionamento com a equipe de saúde"¹⁷.

1.4 OBJETIVO

Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi aplicar o PES em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e desenvolver estratégias em educação em saúde para melhorar a adesão ao regime medicamentoso dos usuários.

2 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

2.1 APLICAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

O PES foi realizado contemplando três fases. Na primeira foi efetuado o levantamento das possíveis causas do problema, na segunda listou-se os nós críticos e na terceira fase apontou-se os possíveis cenários e operações viáveis, as quais foram sistematizadas em quadros.

No Quadro 1, aponta-se as possíveis causas do problema, declarados pelos autores do trabalho, com os atores e o nível de governabilidade sobre os problemas, descrevendo os efeitos/consequências.

Quadro 1. Correlação das possíveis causas do problema com os atores e o nível de governabilidade sobre o problema, descrevendo os efeitos/consequências

| Possíveis Causas | Atores e governabilidade | Efeitos/Consequências |
|--|--|---|
| Ausência de conhecimento dos usuários; | Equipe Multiprofissional (G, I) Graduando de enfermagem (G) | Adesão não correta ao regime medicamentoso; Retirada abrupta: Desorganização do discurso e/ou do comportamento do usuário; sintomas de retirada ou síndrome de descontinuação; Superdosagem: overdose medicamentosa; tentativa de autoextermínio; e risco de morte |
| Falha na comunicação profissional-paciente; | Equipe multiprofissional (G, I) Graduando de enfermagem (G) | |
| Falta de gerenciamento das medicações em casa; | Equipe de enfermagem (G, I) Rede de apoio do usuário (G) | |
| Efeitos colaterais. | Equipe multiprofissional (FG) | |
| Legenda: G = Governabilidade; I = Influência; FG = Fora do jogo | | |

Fonte: Elaboração própria, 2021

No Quadro 2, foram listados os nós-críticos (centros práticos de ação) correlacionando-os com as operações e demandas de ações e respectivos atores responsáveis e os recursos que controlam.

Quadro 2. Correlação dos nós-críticos com as operações e demandas de ações e respectivos atores responsáveis e os recursos que controlam

| Nós críticos | Operações | Ator Responsável | Recursos que controla |
|--|--|---|-----------------------|
| Ausência de conhecimentos dos usuários | Elaborar estratégias em educação em saúde para adesão ao regime medicamentoso de pacientes | Graduando de enfermagem Equipe de enfermagem Equipe multiprofissional | C e O |
| | Adequação de estratégias de acordo com a singularidade de cada caso | | |
| | Persistir em mudanças comportamentais do usuário. | | |
| Falha na comunicação profissional-paciente; | Desenvolver abordagens interdisciplinares; | Graduando de enfermagem Equipe de enfermagem Equipe multiprofissional | C e O |
| | Persistir em mudanças comportamentais do profissional de saúde: obter conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa dos usuários; realizar validação sobre as informações passadas ao usuário. | | |
| Falta de gerenciamento das medicações em casa. | Introduzir a rede apoio no tratamento dos usuários | Graduando de enfermagem Equipe de enfermagem Equipe multiprofissional; Usuário Rede de apoio do usuário | C e O |
| | Persistir em mudanças comportamentais do paciente: 1. Promover autocuidado em saúde; 2. Proporcionar gerenciamento do regime medicamentoso pela equipe de enfermagem, em caso de ausência de uma rede de apoio ou o usuário não poder ficar responsável por essa tarefa. | | |
| Legenda: C = Cognitivo (Conhecimento do problema/informação); O = Organizativa (Capacidade Organizativa); P = Político (Capacidade política); F = Financeiro (Capacidade de controle de Recursos Financeiros) | | | |

Fonte: elaboração própria, 2021

No quadro 3, aponta-se os possíveis cenários e respectivas operações viáveis acerca da problemática central.

Quadro 3. Possíveis cenários e respectivas operações viáveis

| |
|--|
| Cenário de TETO (melhores) |
| Investir no desenvolvimento e introdução de estratégias em educação em saúde e adequá-las de acordo com a singularidade de cada usuário, além de desenvolver ações interdisciplinares e proporcionar o gerenciamento das medicações para os pacientes que necessitam desse recurso, apresentam-se como condições favoráveis se os atores derem a devida importância, pois não exigem recursos financeiros. |
| Cenário de CENTRO |
| Persistir em mudanças comportamentais mostra-se como condições intermediárias, pois exige que essa conduta seja tomada tanto pelo profissional, quanto pelo usuário, podendo variar em cada caso. |
| Cenário de PISO (Piores) |
| As condições não são favoráveis quando há ausência da rede de apoio (familiares, amigos, etc.), o que mostra-se como um dificultador para adesão dos usuários no tratamento, principalmente dos que necessitam de uma vigilância e/ou supervisão da ingestão medicamentosa |

Fonte: Elaboração própria, 2021.

2.2 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A ação educativa foi realizada em um CAPS no município de Botucatu/SP, no interior paulista, entre os meses de agosto e setembro de 2021, durante o estágio prático curricular supervisionado do curso em enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP).

Através da aplicação do PES e da problemática levantada, foi possível desenvolver estratégias de educação em saúde para conscientizar e orientar os usuários sobre a importância de aderir corretamente ao regime medicamentoso, por meio de atendimentos individuais e em grupo, teleatendimentos, acolhimento, pré-consulta e pós-consulta e visitas domiciliares.

Na tabela 2, foram apontadas as ações desenvolvidas e introduzidas na prática do serviço.

Tabela 2. Ações desenvolvidas e introduzidas na prática do serviço.

| |
|--|
| Educar o usuário sobre os riscos da automedicação e superdosagem |
| Conscientizar o usuário sobre os efeitos deletérios do uso crônico de benzodiazepínicos |
| Orientar o usuário sobre efeitos e estratégias para lidar com a medicação |
| Gerenciar regime medicamentoso |
| Proporcionar novas alternativas terapêuticas, como troca de medicamentos e/ou ajuste de dosagens |
| Promover autocuidado da saúde |
| Traçar acordos, juntamente ao usuário, de mudanças de estilo de vida e ingestão medicamentosa |
| Motivar e encorajar o usuário a aderir o tratamento, a fim de torná-lo mais autônomo no seu autocuidado |
| Introduzir a rede de apoio no tratamento, para garantir continência e/ou supervisão da ingestão medicamentosa |
| Orientar a rede de apoio sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, assim como função terapêutica e efeitos colaterais |

Fonte: elaboração própria, 2021.

3 LIÇÕES APRENDIDAS

3.1 FATORES QUE LEVAM A NARM

A NARM mostrou-se como algo recorrente entre usuários de medicações controladas no serviço especializado de saúde mental.

Uma parcela significativa dos usuários apresenta dificuldade de manejo com regime medicamentoso por questões não-comportamentais, como vulnerabilidades sociais (analfabetismo/nível de escolaridade, inacessibilidades financeira e locomotiva, falhas comunicativas, falta de informação, ausência de rede de apoio, estigmas/discriminação, etc.) e fatores de tratamento (número elevado de remédios prescritos por dia, não percepção de melhora sintomatológica, manifestação de efeitos colaterais e dificuldades vinculares na relação profissional-paciente).

Entretanto, nota-se que a maior parte dos casos identificados de NARM estavam relacionados a aspectos comportamentais.

Os fatores comportamentais mostraram grande relação com a NARM, podendo ser classificados em duas categorias opostas. Na primeira, temos a cessação total do uso da medicação pelo próprio usuário, sem recomendação profissional-médica, a qual geralmente ocorria posterior a um determinado evento estressor. Esses eventos geralmente são impulsionados por questões pluricausais.

Dentro dessas causas plurais, identificou-se questões advindas das vivências cotidianas do usuário, como frustrações e conflitos diversos (familiares, conjugais, laborais, entre outros), perdas (concretas ou não) e uma desorganização no gerenciamento medicamentoso. Além disso, existe uma reação de cessação do regime medicamentoso, devido a uma incompreensão da necessidade do uso contínuo da medicação.

Esse quadro é comumente precedido por uma melhora de sinais e sintomas (devido a uma gama de fatores, como a efetividade do projeto terapêutico singular multiprofissional), que, aliada a tal incompreensão, acarreta no comportamento de cessar o uso medicamentoso. Assim, relaciona-se tanto com questões comportamentais, quanto de tratamento.

Em contrapartida temos, na segunda categoria comportamental, o uso abusivo dos medicamentos. Essa postura mostrou-se associada a uma busca por alívio de sintomas, a um intento de anestesiamento e/ou dissociação das questões motrizes de sofrimento e a tentativas autoextermínio.

Notou-se, nos usuários do serviço, a tendência a uma visão medicalocêntrica do cuidado, resultando numa valorização da abordagem medicamentosa em detrimento das demais multiprofissionais; assim, vimos a prática da sobredosagem não orientada ocupar um lugar imediatista de busca pela mitigação do sofrimento psíquico.

3.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS NA PRÁTICA DO SERVIÇO

Para orientar o uso racional de medicamentos, a educação em saúde mostrou-se uma boa estratégia para conscientizar os usuários sobre os riscos da automedicação, superdosagem e do uso crônico de benzodiazepínicos, assim como sobre os efeitos colaterais e os terapêuticos do regime medicamentoso.

Durante o desenvolvimento do trabalho, o uso inadvertido de medicamentos sem prescrição médica apresentou-se como uma prática recorrente entre os usuários, a qual pode resultar em problemas, desde tratamentos ineficazes/inseguros até envenenamento. A combinação de medicamentos também é um problemática séria. Muitas pessoas não sabem que um remédio pode neutralizar os efeitos de outro, resultando em uma combinação inadequada.

O gerenciamento do regime medicamentoso pelo usuário, no qual a medicação é administrada e gerida pelo próprio, nem sempre é uma alternativa. Ainda que a finalidade do gerenciamento seja visar um comportamento coerente do usuário com a intencionalidade terapêutica, muitos pacientes que fazem uso de psicotrópicos demonstraram dificuldade em organizar-se para gerenciar suas próprias medicações.

Diante disso, podemos destacar a importância da participação e o comprometimento da rede de apoio (familiares, amigos, etc.) no tratamento do usuário, a qual mostrou maior influência entre as estratégias desenvolvidas, melhorando a adesão ao regime medicamentoso e muitas vezes responsabilizando-se por retirar, armazenar e administrar os medicamentos, além de supervisionar a ingestão medicamentosa do usuário.

Quando esse gerenciamento não é passível de ser executado, devido à ausência de suporte de uma rede de apoio, o mesmo é realizado, diariamente, semanalmente ou quinzenalmente no serviço de saúde, pela equipe de enfermagem, a qual realiza preparação da medicação em caixas de unidose (semanais ou quinzenais) e a criação de memorando visuais, através de pacotes de papéis que eram carimbados com desenhos de copos de café, prato de comida, sol e lua, indicando os horários em que as medicações deveriam ser administradas.

Ressaltamos, aqui, que o conhecimento sobre as características da doença (sintomatologia, tipo, gravidade, evolução/duração e nível de agudização), é capaz de fazer com que o paciente adquira uma consciencialização de seu quadro e do impacto de seus comportamentos sobre sua qualidade de vida.

Assim, torna-se papel do profissional de saúde promover ao usuário o acesso às informações relativas à terapêutica medicamentosa de cada quadro, incentivando uma autopercepção potencialmente promotora de autocuidado. No recorte proposto aqui, o autocuidado, por sua vez, permeia a arteficialidade de acordos, com o usuário, que, no cenário de sua vida cotidiana, envolvam maior adesão ao tratamento proposto.

4 RECOMENDAÇÕES

É preciso persistir em uma combinação de estratégias educativas e de mudanças comportamentais. Dessa forma, sugere-se a elaboração de uma cartilha para promoção do uso adequado de psicotrópicos.

Esse material deve conter informações objetivas e visuais, incluindo:

- Finalidade da medicação;
- Principais dúvidas dos usuários (quantidade, posologia, efeitos indesejáveis, efeitos terapêuticos, o que fazer em caso de uso inadvertido, quais serviços procurar

diante de necessidade, contraindicações à condução de veículos ou operação de maquinários);

- Possíveis interações com outros medicamentos, alimentos, bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas;
- Disponibilização da medicação pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- Cuidados no gerenciamento da medicação (retirada no serviço, armazenamento, administração e posologia).

Diante do panorama analisado, percebe-se que, embora a enfermagem mostre uma grande atuação nesse cenário, com o estabelecimento de medidas de controle terapêutico, nota-se a insuficiência de abordagens educativas e de validação com os usuários.

Aponta-se também a necessidade de a equipe multiprofissional obter melhores informações a respeito da terapêutica medicamentosa, assim como do contexto social em que o usuário está inserido, para adequação de estratégias mais eficazes que garantam melhor adesão ao regime medicamentoso. Neste intento, delimita-se enquanto mais uma proposta a educação permanente de todos os profissionais da equipe, através de qualificação em psicofarmacologia básica.

Por fim, recomenda-se o desenvolvimento interprofissional de um plano de cuidados individualizado para o usuário de psicotrópicos, que inclua a relação entre o aspecto farmacológico destes medicamentos e o estado de saúde do paciente. É necessário que o plano envolva as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais do sujeito, visando adequar-se às suas condições clínicas, mentais e econômicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do PES permitiu o desenvolvimento de competências de comunicação, liderança, tomada de decisões, administração e gerenciamento. Promoveu maior aproximação entre atores do ensino, do serviço e da comunidade.

A integração ensino-serviço-comunidade mostrou-se uma ferramenta para fortalecer a formação do SUS, pois ajuda o envolvimento dos alunos na prática, proporcionando maior contato com a comunidade e melhor compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Portanto, a experiência do PES proporcionou um olhar crítico frente às demandas relacionadas à adesão ao regime medicamento pelos usuários, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde e a implementação dessas ações na prática do serviço.

REFERÊNCIAS

1. Lacerda JT, Botelho LJ, Colussi CF. Planejamento na atenção básica: O planejamento em saúde na América Latina. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico Situacional. Especialização Multiprofissional na atenção básica. Universidade Federal de Santa Catarina - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), 2015.
2. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1996.
3. Artmann E. O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1993.
4. Souza SF, Sousa AM. Educação em saúde e pedagogia: práticas educativas sensibilizantes e cooperativas no município de Belém-PA. Anais VI FIPED. Campina Grande: Realize Editora, 2014. Disponível em: <<https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/6338>>.
5. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007. 70 p.
6. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014;19(03):847-52.
7. Morosini MV, Fonseca AF, Pereira I. Educação em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário de Educação Profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008;155-162.
8. Schmitt Júnior AA, Lindner S, Helena ET. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(6):614-21.
9. Coelho M, Costa ECA, Richter VC, Dessotte CAM, Ciol MA, Schmidt A, et al. Estado de saúde percebido e adesão farmacológica em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):86-94.
10. Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Brás L. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Rev Port Clín Geral*. 2011;27:176-82.
11. Paulin LFRS, Reis EF, Rodrigues EP. Síndrome de descontinuação dos antidepressivos. *Rev Bras Med*. 2008;65(10):326-30.
12. Soares PJR. Síndrome de interrupção dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina. *Psychiatry on line Brazil*. 2005;10(11).
13. Paraná (Estado). Secretaria da Saúde. Intoxicação por medicamentos. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Intoxicacao-por-Medicamentos>>.

14. World Health Organization. Suicide in the world: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization, 2019.
15. Silva LI F, Santos GS, Barbosa GC, Spadotto SF. O adoecimento mental em pessoas privadas de liberdade: revisão integrativa. Anais do XVII Congresso Paulista de Saúde Pública... Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/76689>>
16. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um centro de controle de intoxicações do Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2010;26(7):1366-72
17. Cardoso GS, Sousa-Neto BP, Magalhães NA, Cardoso LS, Costa GOP, Ribeiro AMN, Jatobá DNV, Mariano SCB, Cruz FC, Pinheiro DM, Castro MCO, Paz MI, Araújo DS, Jansen RCS. Factors that interfere with adherence to pharmacological treatment in hypertensive elderly. RSD [Internet]. 2021;10(2):e17510212352.