



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



BETHANIA DO CARMO CAETANO DA SILVA

**INOVAÇÕES PRÁTICAS E PISTAS PARA FORMAÇÃO MÉDICA NO CAMPO DA
SAÚDE MENTAL: A PASSAGEM PELO INTERNATO EM CARMO – RJ**

BETHANIA DO CARMO CAETANO DA SILVA

**INOVAÇÕES PRÁTICAS E PISTAS PARA FORMAÇÃO MÉDICA NO CAMPO DA
SAÚDE MENTAL: A PASSAGEM PELO INTERNATO EM CARMO – RJ**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Mestre Profissional em Atenção Psicossocial.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Paula Gomes Cerqueira

Rio de Janeiro
2021

CIP - Catalogação na Publicação

SS586i Silva, Bethania do Carmo Caetano da
Inovações Práticas e Pistas para Formação Médica
no Campo da Saúde Mental: a passagem pelo Internato
em Carmo -- RJ / Bethania do Carmo Caetano da
Silva. -- Rio de Janeiro, 2021.
131 f.

Orientadora: Maria Paula Gomes Cerqueira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial,
2021.

1. Capacitação de recursos humanos em saúde. 2.
internato e residência. 3. saúde mental. 4. sistema
único de saúde. I. Cerqueira, Maria Paula Gomes,
orient. II. Título.

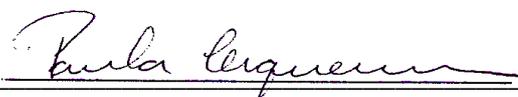
BETHANIA DO CARMO CAETANO DA SILVA

**INOVAÇÕES PRÁTICAS E PISTAS PARA FORMAÇÃO MÉDICA NO CAMPO DA
SAÚDE MENTAL: A PASSAGEM PELO INTERNATO EM CARMO – RJ**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Mestre Profissional em Atenção Psicossocial.

Aprovado em, Rio de Janeiro, 03 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a. Maria Paula Gomes Cerqueira
(IPUB/UFRJ) Presidente

Participação por vídeo conferência

Prof.^a Dr.^a. Núria Malajovich Munõs
(IPUB/UFRJ) Examinador

Participação por vídeo conferência

Prof.^a Dr.^a. Cláudia Aparecida Amorim Tallemberg
(Faculdade de Psicologia/UNIFESO) Examinador

Participação por vídeo conferência

Prof.^a Dr.^a. Valéria Ferreira Romano
(FM/UFRJ) Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo cuidado em cada detalhe desta jornada cheia de novos desafios e superações.

Aos meus pais, Maria e Humberto, por acreditarem na educação e nos valores como maior herança aos filhos.

Ancelmo e Beatriz pela compreensão, afeto e espera. Amo vocês!

À Secretaria Municipal de Saúde do Carmo, em especial à profissional e amiga Marcelly pelo suporte semanal para que eu me deslocasse do interior ao Rio de Janeiro.

Aos professores do curso do mestrado profissional em atenção psicossocial, pelos ensinamentos e inspiração.

À minha orientadora Maria Paula Cerqueira, pelo cuidado, preocupação, generosidade e delicadeza com que me conduziu durante todo percurso, por cada palavra e pela magia com que transforma tudo ao seu redor. Você fez parecer fácil!

À banca examinadora: Núria Malajovich, Claudia Tallemberg e Valéria Romano, pelas generosas contribuições.

Ao grupo de orientação “Quinta no Letras”, profissionais brilhantes e acolhedores, fonte de aprendizado, agradeço pelas trocas de conhecimento e afeto.

Ao supervisor Dr. Marcos Argolo e preceptores do internato de Saúde Mental do UNIFESO/Carmo, em especial ao professor Rodrigo Japur, por despertar o desejo de registrar esse trabalho e buscar na educação novos espaços de construção do fazer profissional.

Aos profissionais e usuários do CAPS II e SAIJ/Carmo, por cada encontro e ensinamento, provocando incômodo e busca por aprimoramento.

Aos acadêmicos do UNIFESO, por terem me recebido gentilmente e colaborado com suas construções para esta pesquisa.

Aos colegas do mestrado profissional: Camile, Talitha, Felipe e Fabrice pelo suporte e amizade, vocês trouxeram leveza e alegria aos meus dias.

À amiga Maria Beatriz pelo incentivo durante parte determinante da pesquisa.

Ao IPUB/UFRJ por agora fazer parte da minha história! Não saio a mesma!

“Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.”

Manoel de Barros

RESUMO

SILVA, Bethania do Carmo Caetano da. **Inovações práticas e pistas para a formação médica no campo da saúde mental**: a passagem pelo internato em Carmo – RJ. 2021. Dissertação (Mestrado em Atenção Psicossocial) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O internato de saúde mental reforça a vinculação entre estudantes de medicina e usuários por meio do acompanhamento singular de base territorial. Este estudo propõe compreender o significado do internato para o médico em formação do UNIFESO através de uma abordagem qualitativa com método etnográfico. Os participantes são 12 acadêmicos entre o nono e décimo segundo período de graduação em medicina, atuando a partir do CAPS na RAPS de um município de pequeno porte da região serrana. Na prática da atenção psicossocial, profissionais desta rede recebem graduandos de medicina desde 2017. Nesse sentido, espera-se que o presente estudo e respectivo produto venham iluminar as competências idealizadas pela instituição de ensino contribuindo para um debate mais amplo sobre a formação em nosso tempo. Pretende-se publicizar os resultados desta proposta de formação a fim de qualificar o percurso formativo e a assistência prestada. A relevância está nos benefícios que este estudo pode trazer para o repensar da formação médica nesta instituição de ensino bem como potencializar o cuidado junto à população onde o internato é realizado. A voz dos participantes sobre a experiência é um potente indicador. O estudo qualitativo levantará algumas pistas sobre os avanços e desafios no processo de aprendizagem e de construção da formação médica em saúde mental.

Palavras-chave: Capacitação de recursos humanos em saúde; internato e residência; saúde mental; sistema único de saúde.

ABSTRACT

SILVA, Bethania do Carmo Caetano da. **Inovações práticas e pistas para a formação médica no campo da saúde mental**: a passagem pelo internato em Carmo – RJ. 2021. Dissertação (Mestrado em Atenção Psicossocial) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The mental health internship strengthens the link between medical students and users through the unique territorial-based follow-up. This study proposes to understand the meaning of the internship for the doctor in training at UNIFESO through a qualitative approach with ethnographic method. The participants are 12 students between the ninth and twelfth period of medical graduation, working from CAPS in the RAPS of a small municipality in the highland region. In the practice of psychosocial care, professionals of this network receive medical students since 2017. In this sense, it is expected that this study and its product will shed light on the competencies idealized by the educational institution, contributing to a broader debate about training in our time. We intend to publicize the results of this training proposal in order to qualify the training course and the assistance provided. The relevance lies in the benefits that this study can bring to the rethinking of medical training in this educational institution, as well as to the potential of care for the population where the internship takes place. The participants' voice about their experience is a powerful indicator. The qualitative study will raise some clues about the advances and challenges in the learning process and the construction of medical training in mental health.

Keywords: Health Human Resource Training; internship and residency; mental health; unified health system.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Artigos escolhidos para a revisão integrativa de literatura	54
Quadro 2 – Pistas e eixos estruturantes.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa e recolhimento de dados	58
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas
AD – Álcool e Drogas
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASM – Assessoria de Saúde Mental
BPC – Benefício de Prestação Continuada
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CES – Câmara de Educação Superior
CFM – Conselho Federal de Medicina
CINAEM – Comissão Institucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CNE – Conselho Nacional de Educação
COAPES – Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
COVID-19 – Coronavirus Disease 2019
DCN'S – Diretrizes Curriculares Nacionais
DECS – Descritores em Ciências da Saúde
DETRAN-RJ – Departamento de Trânsito do Estado do Rio de Janeiro
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
EPI'S – Equipamentos de Proteção Individuais
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FESO – Fundação Educacional Serra dos Órgãos
FMT – Faculdade de Medicina de Teresópolis
HETB – Hospital Estadual Teixeira Brandão
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HNSC – Hospital Nossa Senhora do Carmo
IES – Instituição de Ensino Superior
IETEC – Instituto de Educação Tecnológica
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPUB – Instituto de Psiquiatria
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NUPPSAM – Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental
OSS – Organizações Sociais de Saúde
PBL – Problem Based Learning
PNASH-Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PPC – Projeto Pedagógico de Curso
PPI – Projeto Pedagógico Institucional
PSF – Programa de Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PVC – Programa de Volta Pra Casa
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RIL – Revisão Integrativa de Literatura
RT'S – Residências Terapêuticas
SAIJ – Serviço de Atenção à Infância e Juventude
SES-RJ – Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SM – Saúde Mental
SUS – Sistema Único de Saúde
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
TCI – Terapia Comunitária Integrativa
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO – ANTECEDENTES	17
3.1 PONTO DE PARTIDA	19
3.2 A BÚSSOLA	25
3.2.1 Formação médica e transformações curriculares	25
3.2.2 A transitoriedade do saber e a demanda por novas alternativas de formação	34
3.2.3 Inovações práticas: a proposta do internato de saúde mental do UNIFESO	38
4 METODOLOGIA	46
4.1 CAMINHOS PARA O DESPERTAR DA FORMAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA.....	46
4.2 CAMINHOS PONTILHADOS	55
4.2.1 O Mapa	55
4.2.1.1 Investigação, localização e tempo	55
4.2.1.2 Etapas da Busca.....	60
5 RESULTADOS	63
5.1 PRÁXIS, PROSAS E PISTAS	63
5.1.1 Em cena: a produção de conhecimento a partir dos encontros	63
5.1.2 Decifrando as pistas: nucleação de sentidos, produção de cuidado e novas vivências	69
6 FORTES INDÍCIOS	103
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	114
APENDICE B – ENTREVISTA POR PAUTAS	116
ANEXO A – PORTFÓLIO SAÚDE MENTAL	117
ANEXO B – PLANEJAMENTO DO INTERNATO – UNIFESO	120
ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA – UNIFESO	127
ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO CARMO	128
ANEXO E – TERMO DE CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE	129

1 INTRODUÇÃO

PASSOS A NOS GUIAR

Durante muito tempo, Carmo foi sede do Hospital Estadual Teixeira Brandão, hospício organizado nos moldes do hospital colônia inaugurado nos anos 40, servindo de referência para toda região. A fazenda, onde estava localizado, tinha em sua área rural e afastada do grande centro, cenário ideal para o isolamento e tratamento do louco.

“Por fora bela viola, por dentro pão bolorento”, ouvíamos repetidamente. O espaço bucólico, foi palco de diversas intervenções polêmicas e questionadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Em cubículos ou carregados na carroceria de caminhão, excluídos da sociedade, estavam longe de terem seus direitos garantidos.

Após um longo processo de intervenções realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde – SES, constatou-se a situação de precariedade e condições subumanas em que viviam os pacientes. Com respaldo do Ministério Público, inicia-se um longo processo de reinserção social dos pacientes na lógica territorial e da atenção psicossocial.

A transformação do paradigma da assistência prestada tem como mola os princípios da Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216, vigente no país a partir de 2001. O CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos são fortalecidos e a maior parte dos pacientes começa a se mudar para viver na cidade. A Rede de Atenção Psicossocial é organizada a fim de garantir a sustentabilidade desta proposta com o Centro de Convivência, ambulatório, leitos psiquiátricos, serviço de atenção à infância e atenção básica.

Essa nova estrutura, traz modificações não só na organização da rede, mas também no trato da loucura e no convívio com o louco, que agora tem acesso aos serviços comunitários e circula pela cidade com os ditos “normais”.

Após inúmeros embates, desconfiança e questionamentos, os moradores passam a ver no paciente psiquiátrico estímulo ao comércio e possibilidade de trabalho e renda. A partir daí, novas relações começam a dar lugar ao preconceito e ao estigma.

A singularidade do processo de desinstitucionalização em uma cidade de menos de 18 mil habitantes, com uma rede articulada chegando a possuir 21 Residências Terapêuticas, dá luz a novas formas de cuidado e em pouco tempo passa a ser referência para estudantes, universidades, campos de pesquisa e de experiências bem sucedidas.

Desta forma, Carmo passa a ser considerado campo rico de experiência em saúde mental, tornando-se também cenário ideal para formação de acadêmicos de medicina do internato de saúde mental do UNIFESO.

A partir das novas exigências para formação médica advindas com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN/2104), oficializa-se como campo de estágio através da assinatura do COAPES – Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde – no estreitamento da relação governo municipal e o Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Novas relações se estabelecem com a entrada de aproximadamente vinte acadêmicos de medicina a cada rotatório na cidade e, conseqüentemente, nos dispositivos que compõem a RAPS. A relação ensino-serviço-comunidade se estreita e traz à tona experiências inovadoras e singulares para os acadêmicos.

O usuário, antes mantido isolado ou até mesmo abandonado em um hospital psiquiátrico, passa a dar acesso à cidade, à sua moradia e às suas necessidades, sob sua perspectiva conduz os estudantes por onde transitam.

Imersa neste campo, compondo equipes de dispositivos municipais de saúde mental, vi na tríade profissional-usuário- estudante, um reordenamento das proposições em saúde mental. Eram tantos atravessamentos que passava a questionar: o internato de saúde mental promoverá articulação do médico com nossa equipe e em suas futuras equipes? Permitirá desnormalização das ações dos profissionais através de seus questionamentos? A quem o internato tem servido? Que transformações tem produzido? Quais os efeitos do internato no acadêmico?

A partir destas influências, elaboro a seguinte questão a ser estudada: a experiência no internato de saúde mental em Carmo possibilita um novo olhar em direção ao paciente psiquiátrico pelo médico generalista?

Utilizando uma revisão integrativa de literatura e a etnografia como métodos, inicio o percurso desta pesquisa através de um pequeno relato da desinstitucionalização dos pacientes do Hospital Estadual Teixeira Brandão, perpassando por minha experiência na saúde mental, as nuances e sutilezas que ela oferece até a produção do encontro com acadêmicos de medicina do internato de saúde mental do UNIFESO e seus inúmeros desdobramentos.

A dissertação está dividida em cinco capítulos. Na introdução, estão os “Passos a nos guiar”. O Referencial Teórico, denominado Antecedentes, está dividido em dois capítulos: Ponto de Partida e A Bússola.

O próximo capítulo é a Metodologia, que foi dividida entre os caminhos da Revisão Integrativa de Literatura e da pesquisa de campo, Caminhos Pontilhados. No quinto capítulo, os resultados da pesquisa de campo se apresentam em: Práxis, Prosas e Pistas; Em cena: a Produção de Conhecimento a partir dos Encontros; Decifrando as Pistas: Nucleação de Sentidos, Produção de Cuidado e Novas Vivências. A dissertação é finalizada no capítulo Fortes indícios: considerações inconclusivas, onde abro espaço para novas discussões.

Buscarei publicizar os resultados desta pesquisa para a instituição de ensino e para o município, a fim de qualificar o percurso formativo e a assistência prestada através de um seminário aberto.

A relevância do tema abordado está nos benefícios que este estudo pode trazer para o repensar da formação médica bem como potencializar o cuidado junto ao usuário, construindo pistas para formação médica em saúde mental, sem a pretensão de encontrar um ponto de chegada.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os sentidos que os estudantes de medicina do UNIFESO atribuem ao internato de saúde mental.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as percepções dos acadêmicos sobre o tema da atenção em saúde mental;
- Identificar os significados da experiência prática sobre o internato em saúde mental.

3 REFERENCIAL TEÓRICO – ANTECEDENTES

Da Colônia à Cidade...

O Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), fundado em 1947, localizado em uma fazenda no município do Carmo, abrigou por anos pacientes psiquiátricos na lógica do isolamento como forma de tratamento e recuperação. A Colônia, assim conhecida, localizada na zona rural, tornou-se local ideal para a concretização do modelo excludente do manicômio.

A fazenda centenária, localizada a 8 km da cidade, era cercada por muros, com padrões de intervenção desumanos como enfermarias com celas e salas de isolamento. Chegou a manter 400 pacientes internados.

Cerca de 280 pacientes do sexo masculino, com tempo de permanência de internação em média de 25 anos, viviam na fazenda onde o hospital garantia o afastamento do “louco” da cidade.

De acordo com Gomes (2002), uma das características marcantes da Colônia, eram os espaços destinados ao trabalho – olaria, curral, pomar, entre outros – e a localização (cerca de 250 km da cidade do Rio de Janeiro), em uma área tipicamente rural.

A partir da década de 70, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, progressivas mudanças na lógica do cuidado no território, em substituição ao modelo hospitalar, culminaram na proposta de desinstitucionalização do Hospital Colônia.

Diversas visitas técnicas foram realizadas em 2000, indicando a necessidade de reinserção social dos internos. A chegada da equipe do estado despertou novas perspectivas de cuidado. Em 2001, a Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde/RJ (ASM/SES) e o Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM/IPUB/UFRJ) apontaram a inadequação das condições técnicas e assistenciais do HETB que resultou na proibição de novas internações e no planejamento de ações com vistas ao fechamento do Hospício.

Gomes explica que:

No ano de 2001, foi realizado pelo NUPPSAM/IPUB/UFRJ e pela ASM/SES/RJ o Censo Clínico e Psicossocial dos Pacientes Internados no HETB, que forneceu um diagnóstico detalhado da situação dos internos, assinalando a necessidade de ações integradas de cuidado, tanto na área da saúde mental, quanto na clínica, na assistencial, previdenciária, habitacional etc. Além disso, o Censo revelou a fragilidade ou inexistência de vínculos sociais e afetivos, como resultado do longo período de internação que vêm sofrendo estes pacientes, fazendo com que se torne ainda mais difícil e cuidadoso o trabalho de reinserção social desta clientela. (2002, p. 4).

Por décadas o HETB serviu como referência para internação de diversos pacientes da cidade e região. No entanto, devido às péssimas condições técnicas e estruturais apresentadas, teve seu descredenciamento em 2003 pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), cabendo ao gestor estadual proceder a sua extinção e a municipalização dos recursos técnicos e financeiros.

Em 2004, sete residências terapêuticas foram alocadas na cidade e outras nove casas construídas nas proximidades do hospital, com estímulos das atividades da vida diária e da autonomia dos ex-internos.

Como consequência, uma pequena parcela dos internos retornou ao convívio familiar, mas a maioria (cerca de 150) foi inserida em serviços residenciais terapêuticos distribuídos pelo município. O cuidado em liberdade foi a principal alternativa para a desconstrução das práticas manicomialais.

O amplo processo de reorientação da assistência no HETB, resultou no seu total fechamento em 2012. Nesse período, foram efetuadas 280 altas e a implantação de uma rede complexa de serviços substitutivos no âmbito municipal em consonância com a proposta da reforma psiquiátrica.

Com base nas informações da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ), Carmo é considerada singular no que tange ao processo de reforma psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil, pelo fato de ter abrigado durante 60 anos o Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), última colônia psiquiátrica estadual.

No entanto, os desafios permaneceram. Conforme explica Salles (2014, p. 9), “muitos indivíduos, após saírem do hospital, se deparam com um ambiente totalmente novo ou modificado, necessitando conviver com novas situações, enfrentando o estigma causado pela doença e o preconceito da sociedade”.

Para Abramenko,

Para que a desinstitucionalização psiquiátrica tenha o sucesso esperado, é necessário que a comunidade ofereça o apoio e um ambiente favorável para que os indivíduos com transtornos mentais tenham os mesmos direitos que qualquer outro cidadão. As atitudes negativas, causadas frequentemente pelo estigma da doença, são algumas das principais barreiras para a inclusão social dessa população na comunidade. O estigma afeta a continuidade do tratamento, dificulta as relações familiares, provoca o isolamento social e a perda da autoestima, contribuindo para o impedimento da instalação de serviços de saúde mental nas comunidades. (ABRAMENKO *et al.*, 2017, p. 170).

A visão do “louco” agressivo e perigoso, em uma cidade pequena e tradicional como Carmo é atravessada por novas experiências. Ainda segundo Salles (2014), o que parece

garantir uma certa tranquilidade da população civil é o aparato técnico que cerca o projeto. A cidade transformou-se em um espaço de novas relações sociais e de embates, de articulação e reafirmação de uma rede de serviços organizada, de diversidades e novas construções que visavam reverter o modelo excludente em cuidado e vida.

Derrubados os muros do hospital, os pacientes deparam-se com as barreiras do preconceito, desconstruídas paulatinamente no existir, no dia a dia do encontro. Os vizinhos, o comércio e a própria população atravessaram os processos de adaptação e convivência, juntamente com os ex-internos, agora moradores com os mesmos direitos de todos os munícipes.

O viés político deste processo perpassa pela dicotomia: estigma social e resgate de cidadania, com ampliação de direito e a participação comunitária. A reinserção social comprova o incremento da economia local e a possibilidade de convivência

3.1 PONTO DE PARTIDA

Passava os dias ali, quieto, no meio das coisas miúdas. E me encantei!

(MANOEL DE BARROS)

O presente trabalho tem como ponto de partida o processo de formação médica em saúde mental na graduação a partir da imersão dos acadêmicos do nono período do curso de medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), no município do Carmo, em julho de 2017.

Tal experiência esbarra no meu processo formativo e traz implicações no contexto do trabalho no CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) e no Serviço de Atenção à Infância e Juventude (SAIJ) da rede de saúde mental do Carmo, onde estava inserida no momento da admissão dos alunos nos cenários que compõem o internato de Saúde Mental.

Em 2005, formei-me em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). No ano seguinte, fiz especialização em Saúde Pública com ênfase no Programa de Saúde da Família e, em 2007, Psicopedagogia Institucional. Possuo experiência no campo da assistência social, saúde e atenção psicossocial.

Com a aproximação do internato de saúde mental, elaborei meu projeto de mestrado iniciado em março de 2019 no IPUB/UFRJ. Desde janeiro de 2019, atuo como preceptora no internato de Saúde Coletiva do curso de medicina do UNIFESO, em Teresópolis, o que tem me possibilitado uma atuação ímpar junto aos moradores vítimas da tragédia em decorrência das chuvas em 2011.

Nascida e criada na cidade de Carmo, trago memórias do processo de desinstitucionalização do Hospital Teixeira Brandão (HETB) como cidadã ainda adolescente, tomada pelo medo de ter pacientes graves livres na cidade. Lembro-me daquele grupo de pessoas uniformizadas e que só víamos uma vez ao ano, durante a festa da padroeira da cidade, na escadaria da Paróquia de Nossa Senhora do Carmo ou sentados no meio fio da praça matriz fazendo seus lanches. Cinza era a cor que os retratava e que eu os enxergava, uniformizados, muitos descalços. Mal sabia como eram seus rostos e apertava o passo para não ser abordada por algum deles.

Mais tarde, já na faculdade e interessada pela área da saúde, me atrevi a fazer um estágio extracurricular no CAPS II/Carmo durante minhas férias. De outro lugar, tinha nas oficinas e nos espaços terapêuticos, a oportunidade de conviver com os mais “sociáveis”. Os “loucos” agora vestiam-se de cores e mesmo apagadas por minha visão ainda temerosa, permitia-me acompanhar a oficina de higiene pessoal, de culinária, sentar-me no sofá ao lado deles. Mergulhei naquela experiência!

Aos poucos eles se mudavam para a cidade, casas eram alugadas, o burburinho era grande... Quem alugaria uma casa para eles? Quem gostaria de se tornar vizinho desses “loucos”? Realmente ninguém! Mas, com o tempo, comecei a vê-los com outro uniforme, agora o escolar e de mochila nas costas, era espantoso e curioso. Como isso era possível?

De longe, ainda morando em Juiz de Fora, sempre que ia a cidade, via algumas mudanças. Eles estavam em todo lugar. Multiplicaram! Começaram a ocupar os restaurantes, faziam festas e alugavam salões pra comemorar em grande estilo os aniversários e sim, era temático: festa à fantasia, do time do Botafogo...

No carnaval tinham seu horário de desfile com um bloco só deles. O uniforme deu lugar à fantasia, cada um foi moldando seu próprio estilo. Um deles, bem curioso, usava chapéu de palha e no mínimo dois relógios no pulso. O comércio tinha neles um público consumidor de gostos característicos de quem passou anos sem poder sequer escolher a hora de levantar, deitar ou o que comer. Havia mais a descobrir do que eram capazes.

Comecei a encontra-los na academia – fazendo aula de dança –, na padaria, no mercado, na missa. As festas juninas passaram a ser convocadas pela saúde mental, eram eles a nos incluir na disposição e na alegria de quem estava colorindo a vida pela primeira vez. Encantei-me!

Assim que me formei passei por trabalhos na área da assistência social. Ingressei na saúde mental após aprovação em concurso para o CAPS de Cantagalo, município do estado do Rio de Janeiro, vizinho do Carmo. Ao mesmo tempo que me reconhecia como profissional, ia

me percebendo, nos encontros com a “loucura”, bem mais próxima — éramos parte de um mesmo processo.

Ativada em várias redes, montei o grupo Extra Muros naquela localidade onde circulávamos por lugares como o mercado, o Detran e a Associação Comercial, debatendo a funcionalidade de cada instituição para vida de cada um dos participantes. A arte também era um convite para mim, com curso de desenho e óleo sobre tela, encontrei espaço para externalizar mais uma vez o colorido que transcende a objetividade, tornei-me responsável pela oficina de pintura.

Ainda naquele município, fiz a formação em Terapia Comunitária Integrativa (TCI), através da qual, foi possível dar voz e significado aos sofrimentos dos pacientes em um espaço aberto a toda comunidade.

Chegada a hora de atuar em minha cidade, fui convidada a compor a equipe multidisciplinar do Serviço de Atenção à Infância e Juventude, serviço de saúde mental voltado ao público infanto-juvenil, criado a partir do processo de desinstitucionalização do Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), na perspectiva do trabalho preventivo e grupal.

No CAPS/Carmo, conduzi a oficina de contos, onde a simbolização de pensamentos e externalização das vivências fluíam em palavras. Nos grupos terapêuticos, via as emoções se entrelaçarem às minhas. Quanto aprendizado! Inventava possibilidades para não cair na rotina, imersa em um trabalho que nos dá autonomia. Contudo, de muitas fragilidades humanas e estruturais.

A entrada dos acadêmicos nestes espaços, a partir da adequação do UNIFESO às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), foi para mim uma oportunidade de reaproximação com a instituição de ensino, do lugar de produção do saber e também de trocas subjetivas. Porém, após tanto tempo no mesmo lugar, a crença em um trabalho multidisciplinar em que o médico poderia de fato se unir a equipe foi se perdendo.

Desde 2001, as DCNs já traziam a formação no SUS como uma potente resposta às demandas de saúde:

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de saúde, instituídas a partir de 2001, definiram os princípios, fundamentos e condições de procedimento na formação de graduação dos profissionais da área da saúde. De modo geral, orientam a educação em sintonia com o modelo de saúde vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS), para responder às necessidades sociais de saúde na perspectiva da integralidade e da atuação em equipe. Características que estimulam repensar as práticas pedagógicas nos cursos de graduação (CARNEIRO; PORTO, 2014, p. 151).

O internato trouxe esperança. A proposta era que percorressem a cidade numa lógica horizontal de aproximação com os usuários, com a equipe e com a comunidade. O desafio era que eles também se encantassem, que pudessem olhar para a vida no território com suas múltiplas possibilidades e que descobrissem que há muito a fazer, muito a aprender, que é possível acreditar em uma proposta de cuidado para além do consultório e que o saber pertence a todos, em especial aos autores de suas próprias histórias, protagonistas que são, inúmeras vezes, invisíveis.

Seis meses após o início do internato de saúde mental, acompanhando de perto o processo de construção ensino-serviço-comunidade, participei do curso de preceptores oferecido pelo UNIFESO e ao final, fui convidada a compor a equipe de preceptores do internato médico de saúde coletiva em Teresópolis.

Esse trajeto perpassa por problematizações da prática, por tensões de relações de poder. Como eu poderia produzir rupturas com determinantes tão solidificados e encontrar brechas para novas possibilidades? Como uma assistente social poderia se tornar preceptora médica? Isso não se deu de forma simples e sem embates. Houve resistências e após quase três anos nesse lugar ainda não me sinto confortável, não estou em casa.

É na prática que encontro meu lugar neste campo de forças em frequente mutação. Há atravessamentos que apareceram durante os relatos das entrevistas da pesquisa, e é dessa forma que assumo o papel de agente de transformação, escrevendo como um ato político e fazendo da pesquisa uma forma de resistência.

A mudança do paradigma proposta aos usuários com sofrimento mental, pressupõe a organização de uma rede de serviços comunitários em detrimento ao isolamento social. Atualmente, a RAPS do Carmo é composta por: 01 CAPS II; 01 Hospital Geral com 04 leitos de saúde mental; 01 Centro de Convivência; 01 Serviço de Atenção à Infância e Juventude; 01 Ambulatório de psiquiatria; 17 Serviços de Residências Terapêuticas e total cobertura das Estratégias de Saúde da Família na Atenção Básica.

Por consequência, “os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo tornado estratégico para a reversão do modelo hospitalar”. (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006, p. 1054). Para o Ministério da Saúde (MS) este serviço passa a ser o articulador de uma rede de cuidados básicos nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF), com ambulatórios, leitos hospitalares e ações de apoio a reabilitação psicossocial em serviços residenciais terapêuticos.

A sustentabilidade do processo de reorientação da assistência psiquiátrica se deve principalmente à existência de uma legislação específica. Esta política atingiu seu grau máximo

de institucionalidade a partir da promulgação da Lei n. 10.216, de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, redirecionando o modelo de assistência em saúde mental (BRASIL, 2001).

O CAPS II/Carmo, enquanto um dos campos de prática do internato de saúde mental do curso de medicina do UNIFESO, visa o aprimoramento das relações construídas entre os preceptores, operadores de saúde, usuários, acadêmicos e dispositivos da rede de atenção psicossocial.

A partir da proposta do internato de saúde mental, os acadêmicos circulam pelos cenários da RAPS/Carmo em um período de cinco semanas, vivenciando experiências na atenção psicossocial. Como consequência, a formação no SUS promove a aproximação dos serviços de saúde, da instituição de ensino e da comunidade.

Paulin *et al.* reforçam a necessidade da adequação das escolas médicas ao internato em saúde mental.

O modelo de formação médica no Brasil vem apresentando importantes modificações nos últimos anos. Com o lançamento do Programa Mais Médicos em 2013, cujo propósito era a formação de recursos humanos na área médica para atuarem preferencialmente em áreas carentes, sob a referência do Sistema Único de Saúde (SUS), e o posterior lançamento das Diretrizes Curriculares Nacionais, no ano seguinte, uma nova realidade se apresentou em relação ao internato médico, quanto à necessidade do módulo de saúde mental. O surgimento de novas escolas médicas, bem como a inexistência de internato de saúde mental em escolas mais antigas, pressupõe a reflexão e viabilização desse novo campo de atuação. (PAULIN *et al.*, 2020, p. 1)

Entender o percurso formativo desses futuros profissionais servirá como parâmetro, a partir de suas narrativas, para recolher alguns dos efeitos dessa inserção, ainda não avaliada até a presente data em Carmo.

Na lógica da proposta pedagógica do internato, o aluno se insere em cinco cenários principais: Emergência (leitos do hospital geral); ambulatório de psiquiatria; CAPS; Usuário guia e Estratégia de Saúde da Família através da assistência clínica aos moradores das Residências Terapêuticas.

O internato tem como fio condutor o “Usuário Guia”, que se caracteriza pela vinculação entre médico em formação e paciente, no sentido de um acompanhamento terapêutico individualizado e sistematizado. O projeto do UNIFESO descreve o usuário-guia como um caso-desafio, depositário de estratégias de intervenção e articulação com a rede para garantia do atendimento integral e promoção de bem estar.

Para Merhy (2014), o usuário-guia é “o relato da produção do cuidado com um usuário que acompanhamos no serviço de saúde. Como vimos, entendemos que a produção

do cuidado não se limita à realização de procedimentos técnicos e se dá na relação entre o usuário e o trabalhador”. O autor ainda observa que o usuário-guia deve ser compreendido como a narração de um encontro, entre um profissional da saúde e o usuário e também de todos os outros encontros que perpassam por esta relação, como com a família, amigos, serviços de saúde e outros profissionais da área.

Seixas *et al.* acrescentam que

O conceito ferramenta usuário-guia parte de uma aposta ético-metodológica na qual a centralidade da experiência vivida pelo usuário desloca o olhar do investigador no sentido de assumir a perspectiva do usuário, no governo de si, como referência para os sentidos que devem ser dados às práticas de saúde; ou seja, aposta em uma adesão dos profissionais à vida do outro como ética, deslocando o outro da posição de objeto para a de cofabricante do conhecimento e do cuidado (2019, p. 3-4)

A proximidade com o processo de formação de novos médicos suscitou o incômodo concomitantemente ao desejo de um “novo saber” e de um “novo fazer”. Trouxe motivação e ressignificado à minha prática. O encontro da instituição de ensino UNIFESO com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) provoca outros encontros na direção da integralidade do cuidado ao sujeito inserido no contexto de seu território.

A integralidade do atendimento de saúde deveria ser trabalhada em vários âmbitos, pois são fundamentais para a suplantação dos “limites da formação e das práticas tradicionais de saúde: acolhimento, vínculo, responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde sob seu cuidado, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção” (CECCIM, 2004, p 50- 51).

Com base no Projeto Pedagógico Institucional – PPI/2016, a Fundação Educacional Serra dos Órgãos – FESO, instituição sediada em Teresópolis, foi criada em 20 de janeiro de 1966, de direito privado sem fins lucrativos, pelo Decreto Municipal nº 2/66, passando a ser reconhecida como de Utilidade Pública Municipal três anos depois, pelo Decreto n.º 98/69 e de Utilidade Pública Federal em 1983, pelo Decreto nº 88747/83. O UNIFESO é o Centro Universitário mantido pela FESO.

Sua implantação começa em 1970, com a criação da Faculdade de Medicina – FMT, autorizada pelo Decreto n.º 66.435 de 10/04/70 e reconhecida pelo Decreto n.º 75237 de 16/01/75. Esta época é marcada pelo processo de grande expansão das escolas médicas no Brasil, principalmente na Região Sudeste, havendo uma forte demanda de vagas na área de Medicina, sem a possibilidade de serem atendidas pelas IES então existentes. Tal fato demonstra que a FESO, como Instituição, se estrutura a partir de uma dinâmica nacional de ampliação do ensino superior. (PPI/UNIFESO, 2016. p. 9)

Dessa forma, a relação público-privado, de alunos do curso de medicina de uma instituição privada com o serviço público, no SUS, por meio do internato, constitui-se em uma oportunidade para ultrapassar o estigma do transtorno mental. O choque de realidades pode trazer mudanças nas concepções capazes de produzirem ações ampliadas levando em consideração as condições de saúde e de vida de cada paciente.

Visualizo no próprio percurso, um instrumento potente a favor da humanização e da integralidade da atenção, capaz de transformar a postura profissional diante do desconhecido e de desconstruir preconceções sobre a saúde mental. As afetações acontecem de um jeito particular e dependem da forma como cada um se propõe a entrar em campo, da abertura em estar neste novo lugar.

O acesso do acadêmico ao campo da saúde mental pode se refletir também nas intervenções em prol do usuário, na comunidade, na própria formação e futuramente nos espaços de trabalho, em suas equipes, garantindo a continuidade das propostas da reforma psiquiátrica.

Segundo Argolo (2020) “O objetivo geral do Internato em Saúde Mental é o de familiarizar-se com os conceitos básicos e imprescindíveis da Clínica para a boa prática profissional dentro da visão de formação do médico generalista”.

3.2 A BÚSSOLA

*Quem anda no trilho é trem de ferro,
sou água que corre entre pedras:
liberdade caça jeito.”*

(MANOEL DE BARROS)

3.2.1 Formação médica e transformações curriculares

No Brasil poucos são os estudos sobre o resultado de mudanças curriculares. Segundo Paulin *et al.* (2020, p. 4), “as DCNs de 2014 acrescentaram novas exigências em relação ao internato médico, como a obrigatoriedade de 30% da carga horária prevista para o internato ocorrer na atenção básica e em serviços de urgência e emergência do SUS”. Os 70% restantes devem ocorrer nas áreas que foram estabelecidas, anteriormente, pelas DCNs de 2001, acrescentando-se a área de saúde mental.

Mas um longo processo antecedeu a proposta do internato médico. Segundo Gomez e Rego (2011) a formação no Brasil privilegia um currículo de formato tradicional. Porém, inovações curriculares têm sido propostas nas últimas décadas, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (em inglês *Problem Based Learning – PBL*), que surgiu no Canadá, na Faculdade

de Medicina da Universidade McMaster, no final da década de 1960 (MILLAN *et al.*, 2012; CARVALHO *et al.*, 2020).

Em 1985, o método PBL foi redesenhado pela *Harvard Medical School* e a partir dos anos 90 se espalhou pelo mundo, inclusive no Brasil, através da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) (MARINS *et al.* 2006; GOMEZ; REGO, 2011).

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é um método de ensino no qual problemas complexos do mundo real são usados como veículo para promover a aprendizagem de conceitos e princípios pelos alunos, em oposição à apresentação direta de fatos e conceitos. Além do conteúdo do curso, o ABP pode promover o desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico, de resolução de problemas e de comunicação (GOMEZ; REGO, 2011).

No Brasil, são várias as escolas médicas que utilizam o ABP como método central em seus currículos, mas avaliar e analisar de forma objetiva a eficácia e efetividade dos currículos tradicionais ou inovadores no país é muito difícil, devido aos poucos estudos publicados sobre o assunto.

No estudo, publicado por Albanese e Mitchell em 1993, o ensino convencional e o PBL foram comparados, por meio de revisão do tipo meta-análise da literatura (1972 a 1992), constatando que o PBL se apresentou como mais estimulante e agradável. Os autores verificaram que os graduados do PBL tinham um desempenho igual, e às vezes melhor, em exames clínicos e eram os mais propensos a entrar na medicina familiar. No entanto, os alunos PBL, em alguns casos, tiveram notas mais baixas nos exames de ciências básicas e consideraram-se menos preparados nas ciências básicas do que seus colegas treinados convencionalmente.

Já a publicação de estudos brasileiros, com o objetivo de compreender a importância da ABP na formação dos alunos do curso de Medicina, começaram alguns anos após a atualização do DCNs (MORAES; MANZINI, 2006; GOMES *et al.*, 2009; GOMEZ; REGO, 2011; IGARASHI; HAMAMOTO; SANTOS, 2018). Estudo de 2014 de Smolka, Gomes e Siqueira-Batista (2014) demonstrou que há entre os estudantes participantes da pesquisa uma boa aceitação e adaptação ao ABP, incluindo maior autonomia e participação ativa do discente.

Para termos a exata noção do desempenho dos currículos, das mudanças curriculares, da inserção de um currículo estruturado em ABP, do desempenho do professor, do desempenho dos serviços e do desempenho dos cursos, há a necessidade da avaliação, de dar retorno pelos

dados colhidos. Esse contexto nas escolas é um mobilizador de construção da qualidade (GOMEZ; REGO, 2011. p. 561).

Nesta perspectiva, surgem alguns apontamentos a fim de ressaltar aspectos relevantes que possibilitem uma reflexão no sentido de promover melhores aprofundamentos acerca da prática médica junto aos usuários com sofrimento mental, apontando os avanços e as fragilidades pelo que ainda se tem a aprimorar.

Aventurar-se em conhecer e descortinar propostas de formação, sobretudo na atenção psicossocial, é acreditar que o tão sonhado modelo de humanização que visa um olhar ampliado, o trabalho em equipe e a criação de estratégias conjuntas de enfrentamento com o usuário, estejam de fato mais próximos. Todavia, muitos são os questionamentos se essa mudança do currículo verdadeiramente possibilitará alterações para a melhoria da formação e do trato ao sujeito que requer tal cuidado.

Partindo desta indagação, propõe-se levantar pautas de discussões sobre o processo de transformação curricular a fim de aproximarmos do profissional em formação na atualidade.

As Diretrizes Curriculares do Ensino Médico de 2001 sugerem a inserção precoce dos alunos nos diversos cenários de ensino-aprendizagem. Conforme nos aponta Nogueira:

Entende-se que a instituição de novos cenários de prática, a valorização das dimensões psicossocial e antropológica do adoecer e a incorporação de tecnologias relacionais na formação médica possibilitam uma reorientação do olhar sobre os aspectos subjetivos do adoecimento, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Considerando que inovações no processo de trabalho possibilitam mudanças na prática clínica e na produção da atenção à saúde, questiona-se a possibilidade de emergência de um novo estilo de pensamento médico (NOGUEIRA, 2009, p. 262)

Assim, para atender as demandas assistenciais que surgem no SUS, sugere-se ultrapassar o modelo biologicista e individualizante que se estende ao longo dos anos. Durante a década de 1960, o ensino médico então vigente apresentava evidentes sinais de esgotamento, gerando insatisfações em muitas comunidades acadêmicas. Surgiram, então, algumas experiências bem-sucedidas de inovações curriculares em oposição ao modelo tradicional de currículo médico (SILVA *et al.*, 2007, p. 62-63).

Em 1970, surgia no Brasil o Movimento Sanitário e, em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde propõe-se um sistema público de saúde pautado na concepção ampliada de saúde. Ainda neste período aprova-se a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas em 1990, que garantem legitimidade ao SUS.

A expansão da atenção primária com o Programa de Saúde da Família (PSF) trouxe a necessidade de uma prática clínica ampliada e das dimensões biopsicossociais do adoecimento com o intuito de prover o cuidado em saúde mediante o trabalho de uma equipe multiprofissional. A partir daí se questionou que tipo de profissional as faculdades estavam formando, tornando-se urgente a implantação de mudanças na graduação para atender os novos modelos de atenção.

Em 1991, a ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica, o CFM – Conselho Federal de Medicina e mais nove instituições relacionadas à profissão médica constituíram a Comissão Institucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) com intuito de avaliar a educação médica e fomentar o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde.

Em 2001, foram homologadas pelo Conselho de Educação, as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, tendo como eixo o papel social do aparelho formador com:

Uma maior integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde e o estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento. (BRASIL, 2001).

Tendo à frente o Ministério da Saúde, a discussão sobre a formação profissional em saúde é aprofundada sempre com vista a renovação do modelo assistencial, com a implantação de políticas vinculadas entre universidade, serviço e comunidade, tendo o SUS como plano de emergência para as novas exigências que promovem as transformações necessárias para as mudanças da educação médica.

Entre os assuntos principais, definidores de um novo entendimento para a política de formação de recursos humanos para o SUS, destacam-se:

- o ensino centrado no processo de trabalho e no princípio da integralidade das ações em saúde;
- a inserção do aluno na realidade social e sanitária da população para um acompanhamento do processo saúde-doença em suas mais variadas formas e manifestações;
- a diversificação dos cenários de aprendizagem - comunidade, família, unidades básicas de saúde, etc. - e o deslocamento do hospital como único espaço de aprendizagem;
- a perspectiva da formação em saúde inserida na transdisciplinaridade e na intersectorialidade;
- a valorização das dimensões psicossocial e antropológica do adoecer; a incorporação das *tecnologias leves*⁵, visando melhor atuação frente aos aspectos subjetivos e singulares do adoecimento humano e a construção de uma *clínica ampliada*⁶, capaz de lidar com a polaridade entre a ontologia das doenças e a singularidade dos sujeitos (NOGUEIRA, 2009. p. 264).

Ao longo da história o modelo biologicista excluiu as dimensões subjetivas do adoecimento humano. No entanto, cada vez mais se tem a consciência de que o processo saúde-doença não pode ser explicado sem as ciências humanas e sociais. Desta forma, para que haja uma mudança no modelo assistencial torna-se válido o repensar constante da teoria, da prática e das ações de saúde.

Neste sentido, a crise do modelo biomédico deve gerar novos sentidos para a produção do cuidado. Cecílio e Matsumoto (2006) apresentam necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos “(a) ter boas condições de vida, (b) ter acesso a tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, (c) ter vínculos afetivos e efetivos entre profissional e usuários e (d) ter graus crescentes de autonomia no modo de conduzir a vida, com acesso à educação e informações em saúde”. Outro componente tem a ver à necessidade de a pessoa ser distinguida como alguém particular com direito à diferença (MERHY apud NOGUEIRA, 2006. p. 267).

A Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM – tem buscado promover ações que efetivem mudanças no curso médico. Os caminhos para adequação do ensino e dos serviços que atendam às demandas sociais perpassam pela experiência vivenciada e pelo entendimento do perfil profissional que se deseja formar.

Para iniciar a discussão que se pretende, alguns questionamentos podem ser levantados: os espaços ocupados pelo médico estão proporcionando uma aproximação entre formação profissional com o cuidado e a vida no território? Para quem o conhecimento é produzido e para quem serve? Que médico se deseja formar? Com que concepções de saúde? Os profissionais de campo estão envolvidos com o processo de formação?

Considerando tais questionamentos, Feuerwerker compreende que:

(...) Um conceito amplo de saúde – reconhecimento do outro como sujeito- implica a necessidade de uma relação dialógica no processo de cuidado, reconhecimento do cuidado como característica fundamental do trabalho em saúde. Cuidado integral: capacidade de escuta, acolhimento, construção de vínculos, responsabilização. Novas maneiras de organizar a prestação de serviços e a aprendizagem em saúde ao se levarem em conta as necessidades dos usuários. A compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, objeto do trabalho em saúde, passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinas e pelo trabalho multiprofissional. Abordagem interdisciplinar na construção do conhecimento, chegando, pelo menos, a interações recíprocas e a uma colaboração entre disciplinas diversas. Abordagem interdisciplinar que implique a demolição das fronteiras entre pesquisa, trabalho e ensino-aprendizagem. (FEUERWERKER, 2002, p. 21)

Demolir fronteiras, criar movimento e experimentação produz sentidos do fazer social no campo em foco. Desta forma, o desconforto é ingrediente fundamental para provocar movimento nos sujeitos. Oferecer oportunidades para reflexão crítica sobre suas práticas é um

recurso para identificação de problemas, limites e possibilidades e para implementação de mudanças reais.

Com efeito, Feuerwerker (2006, p. 19) observa que dependendo da concepção pedagógica adotada, há maiores ou menores possibilidades de o estudante desenvolver a iniciativa, o espírito crítico, a criatividade, o conhecimento da realidade, o compromisso social.

A avaliação crítica da prática, o conhecimento de outras realidades de experimentação e de alternativas possíveis de cuidado, deve ser provocada. Há brechas para serem rompidas com a lógica tradicional de formação.

A acumulação de poderes é condicionada por muitos elementos, relacionados à complexidade da instituição, suas tradições e prestígio, grau de insatisfação quanto ao modelo tradicional, crises, perspectivas de futuro da instituição, tipo de vinculação e compromisso dos profissionais com a instituição etc. Essas características fazem parte do diagnóstico da situação e têm de ser levadas em conta na elaboração das estratégias.

Por essa razão, a análise crítica desde o momento do diagnóstico é fundamental, pois sem perceber problemas, limites, resistências, dificuldades, potencialidade e oportunidades, torna-se muito difícil propor estratégias adequadas (FEUERWERKER, 2006, p. 27). Mas há de se considerar que uma proposta de mudança do processo de formação dos médicos não pode ser pensada isoladamente e sem os docentes da área clínica.

A articulação com o SUS e com a população organizada é essencial para educação médica. A participação de atores externos à comunidade da universidade e à corporação médica pode impulsionar o movimento de mudança. “A participação ativa e coletiva de docentes e profissionais dos serviços, em vários momentos, amplia os compromissos com a qualidade, o que incrementa a relevância social das instituições”. (FEUERWERKER, 2006, p. 35).

Dessa maneira, refletir sobre as experiências, olhar para as necessidades das pessoas, individual ou coletivamente, identificar as necessidades básicas de saúde desde o início do curso é possível na prática. Expor os estudantes a novas situações e às experiências de trabalho reais são tarefas autênticas conforme explica Nogueira:

A instituição de novos cenários de prática na formação médica possibilita uma reorientação do olhar sobre os aspectos subjetivos do adoecimento, oferecendo maior visibilidade às questões sociais, culturais e psicológicas do indivíduo doente, numa compreensão ampliada do processo saúde-doença. Assim, a partir de novos cenários têm-se novos *enactments*, ou seja, novas dramatizações na prática clínica e na produção da atenção à saúde. Por outro lado, considera-se esses novos elementos como fruto de novas ideias, talvez um novo estilo de pensamento médico. A verificação da real efetividade dessas mudanças e do impacto das inovações de cenários de ensino e de prática no estilo de pensamento médico somente será possível após a

realização de estudos pontuais sobre as novas experiências na formação médica (NOGUEIRA, 2009. p. 268).

No Brasil, os cenários de aprendizagem devem estar integrados ao SUS, pois será onde os futuros médicos irão desempenhar grande parte do seu trabalho, por isso a importância de se integrarem e aprenderem a trabalhar em equipe. Durante o processo de ensino-aprendizagem os estudantes são apresentados as diferentes necessidades de saúde sendo expostos a elas em situações reais e estimulados à atenção integral ao paciente.

Neste ínterim, as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas desde 2001 aproximam-se de uma proposta de formação médica generalista, humanista, crítica e reflexiva pautada na integralidade da assistência. A isso, somou-se o movimento de construção de um novo paradigma, um novo modelo de assistência em saúde, o da integralidade, que se encaminhou para o estudo das reais necessidades em saúde, demandas, serviços e recursos humanos, para abalzar melhor os perfis de profissionais necessários e que tipo de escolas deve estar a este serviço.

Lampert explica que “políticas mais recentes, no Brasil, aproximaram os ministérios de Saúde e Educação para ações coordenadas para reduzir as distâncias entre as escolas, os serviços de assistência à saúde e a comunidade (Polos de Educação Permanente em Saúde, Aprender SUS).” (LAMPERT, 2006. p. 250)

As estratégias de aprendizagem e de adequação da formação devem ser pactuadas com profissionais, estudantes e representações sociais que interagem, as instituições de ensino e serviço, abrangendo os diversos níveis do sistema. A articulação com os serviços e a necessidade de mudanças dos cursos de graduação perpassa pela aplicação do conhecimento à realidade sociopolítica local.

Por outro lado, o modelo desenvolvido no Brasil, baseado na assistência médica hospitalar tem se revelado ineficaz e para superá-lo deve-se buscar a intervenção em saúde visando a lógica da integralidade da atenção, da intersetorialidade. Neste sentido, a organização do SUS ainda tem como desafio a construção de um modelo tecno-assistencial coerente com as necessidades da população. A crítica ao modelo hegemônico baseado na biomedicina tem produzido reflexões de ordem estruturais, políticas, sociais e econômicas.

Alguns autores apontam a dificuldade de atuar em um terreno de políticas e organizações fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas estruturadas social e historicamente, como nos modelos hierárquicos em saúde. Entretanto, é possível explorar as tensões constitutivas e criar novas forças instituintes, novos sujeitos e novos arranjos no modo de se produzir ações de saúde.

O caminhar da Política de Saúde Mental nas últimas décadas foi de inúmeros avanços. Mas ainda há muitos desafios a serem suplantados. “No campo da formação o desafio (político-pedagógico) a todos os atores que compõem o cenário da atenção em saúde mental é o comprometimento com um ensino coerente com a política pública de saúde e com as transformações que ela implica” (CARNEIRO; PORTO, 2014. p. 162).

Na década de 60, o processo reformador da educação médica opôs-se à prática centrada no hospital. A dor, a aflição ou o sofrimento não se incluíram na detecção das patologias e na prevenção, mas a experiência extra-hospitalar não significou o acolhimento.

Já na década de 70, questionados pelo processo reformador de que a saúde não incluía a dimensão da vida em sociedade, foram introduzidas propostas de aprendizagem nos serviços de saúde de base comunitária.

Nos anos 80, efetuam-se propostas de mudanças na tentativa de integrar ensino-serviço e a partir das reformulações da formação nos anos 90, surge o programa UNI – Universidade em Integração com a Comunidade com a proposta de multiprofissionalidade.

Ceccim e Capozzolo apontam que

Para transformar a educação dos profissionais de saúde, estão postos os problemas da aprendizagem sobre o trabalho em equipe multiprofissional, a centralidade assegurada aos usuários e às suas necessidades no sistema de saúde, o inter-relacionamento do ensino com a gestão do sistema de saúde e a interação com estudantes na condução de um movimento organizado para a melhor formação profissional. Essa formação implicará a necessidade de trabalharmos politicamente pela orientação da educação segundo os princípios da integralidade e da humanização nos saberes e nas práticas de saúde (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 353).

Existe uma ideia de que as equipes de saúde produzem conhecimentos sobre o problema do usuário a partir de procedimentos investigativos que ofereceriam uma visão integradora do caso. A ênfase nesses procedimentos e a incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão produzem visões fragmentadas, desfocando da integralidade do usuário.

Alguns autores defendem o estabelecimento de uma referência na equipe que permita aprofundar, ao longo da relação, maior conhecimento sobre o usuário e interpretar suas demandas. A multiplicidade de especialistas desarticulados na atenção, leva às ações sobrepostas, repetitivas, às vezes desnecessárias e pouco resolutivas, sem falar no desgaste sofrido pelos usuários nas idas e vindas a tantos profissionais, sem encontrar respostas ou alívios para os sofrimentos.

As equipes de saúde ainda exploram pouco os espaços relacionais com os usuários, como espaço terapêutico, e pouco conhecem sobre outras tecnologias que ofereçam apoio

psicológico, vivências alternativas e ações que desloquem o eixo terapêutico da correção de “disfuncionalidades” biomecânicas para o fortalecimento da autoestima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável.

Na formação e capacitação de profissionais de saúde há ênfase na aquisição de conhecimentos sobre doenças e agravos. Isso gera uma lacuna de formação no campo relacional, transferindo à sensibilidade e habilidade de cada profissional a possibilidade de um bom desempenho.

“A dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como sujeito com desejos, crenças e temores, tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população”. (SILVA JR. *et al*, 2003, p. 122)

Vaitsman ressalta que “o indivíduo como objeto de qualquer ação interventora deve ser reconhecido enquanto lócus de singularidade que produz e define necessidades específicas que devem ser ouvidas e respeitadas”. (VAITSMAN, 1995, p. 8)

Assim, a observação e a discussão do cotidiano das relações entre a equipe de saúde e seus usuários constituem campo promissor na possibilidade de mudanças do “fazer saúde” em sua integralidade.

Para Stella e Batista:

Neste momento em que Diretrizes Curriculares redefinem o perfil do profissional médico – como um generalista, com visão humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar no processo saúde-doença e nos diversos níveis de atenção na cadeia de cuidados progressivos à saúde, na perspectiva da integralidade, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano –, a reflexão sobre a ampliação de cenários adquire realce especial. (STELLA; BATISTA, 2006, p. 326)

Distintas perspectivas podem resultar em padrões de estilo profissional que permitam lidar com as disputas e desafios do cotidiano. Uma postura crítica e reflexiva que reafirme a transformação da própria prática e a exploração de novas possibilidades do trabalho vão ao encontro dos caminhos possíveis para o serviço e ensino.

Ao que tudo indica segundo Agreli *et al.*:

À medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de trabalho, construindo a Atenção Centrada no Paciente na prática de cuidado, operam, simultaneamente, um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento dirige-se à prática compartilhada com profissionais de outras áreas. (AGRELI *et al*, 2016, p. 911)

3.2.2 A transitoriedade do saber e a demanda por novas alternativas de formação

As modificações no processo de trabalho estão intimamente ligadas às competências, habilidades e valores éticos, sociais e culturais dos profissionais. Neste sentido é fundamental utilizar métodos de ensino-aprendizagem atrelados a uma nova forma de agir em saúde pensando na saúde individual e coletiva a partir do território, voltada a entender, diagnosticar e intervir na saúde da população, com avaliação permanente e ajustes de acordo com as especificidades do local.

Para Ceccim e Capozzolo (2006, p. 355) “a discussão em equipe, os desafios para a construção conjunta de projetos de intervenção e os espaços coletivos de gestão do trabalho são importantes dispositivos para a educação do olhar e da escuta dos profissionais e para envolvê-los no trabalho.”

Por consequência, a formação deve estar associada à adequação dos modos de atenção à saúde, criando-se espaços de aprendizagem capazes de produzir cuidado. Os novos cenários de prática e, portanto, de ensino-aprendizagem são espaços de embates e de se pensar os caminhos para formação.

A mudança de cenários possibilita o desenvolvimento de núcleos de vontade e aprendizagem. Dessa forma, o ensino apresenta-se como uma questão de processos inserida cotidianamente. Por isso, o grau de sucesso de uma ação extrapola o uso de técnicas ou métodos e se consolida como resultante da possibilidade da conformação de teias e canais que darão sustentação às mais diversas formas de se ver e estar no mundo, detectando as barreiras epistemológicas, psicológicas, culturais e sociopolíticas que a elas se opõem. (MARINS, 2006. p. 102)

Com efeito, ampliar a visão da realidade social, dos problemas e também dos indivíduos pode evitar o enfoque precoce na especialização. Neste ínterim, a construção de um currículo de medicina deve envolver o aluno na construção do saber.

Nessa perspectiva, a sistematização das experiências funciona como um recurso na concretização do processo de transformação que se pretende. Assim, a formação para além do diagnóstico deve responder as demandas individuais e coletivas buscando entender o paciente e suas necessidades de cuidado. A complexidade dos sujeitos e sua interação com a comunidade deve ser considerada, mas isso não exclui a formação no ambiente hospitalar.

As novas exigências na formação profissional em saúde refletem nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, dentre eles o de medicina. Um perfil profissional desejável com uma abordagem dialógica inclui outros atores relevantes para o

processo político-pedagógico, reforçando a produção de conhecimento a partir das necessidades da população possibilitando a reprodução ou a transformação da realidade. As experiências de ensino-aprendizagem devem favorecer ação-reflexão-ação como estratégia de desenvolvimento nos diferentes cenários.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em medicina e traz em seu artigo 24:

Art. 24: A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. (...)

§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.

§ 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas. (BRASIL, 2014).

Logo, uma atuação profissional orientada por uma visão mais integrada perpassa por determinantes e condicionantes do processo saúde-doença buscando uma proposta de cuidado centrada no usuário, “impactando o modo de acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar” (KOIFMAN, 2006, p. 144)

A 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003 reforçou a necessidade de concretizar os pressupostos do SUS. A busca de novos formatos para os currículos de medicina e de práticas profissionais requerem identificar problemas de saúde individuais, do adoecer, mas também de relacionar cultura, gênero, religiosidade, meio ambiente, violência, lazer e trabalho.

O distanciamento entre realidade e instituições de ensino nos remete à necessidade de buscar contemplar os problemas cotidianos das práticas profissionais e a questões socio culturais como elementos centrais das atividades curriculares nos cenários de aprendizagem.

O currículo integrado é o mais apropriado e contribui com o processo de ensino aprendizagem. Ele deve atender as necessidades dos estudantes, favorecendo o surgimento de aptidões teóricas e sociais, favorecendo o pensamento crítico sobre o que se insere. O currículo integrado prevê a aproximação trabalho e ensino onde os alunos buscam sentido para suas intervenções. A exposição e a inserção de indivíduos em processo de formação em realidades

sociais inóspitas podem apenas reforçar a percepção de estranhamento (no sentido freudiano) daquela realidade (PALACIOS; SCHRAMM; REGO, 2006. p. 175).

A sociedade atual requer que o médico seja capaz de resolver problemas em diferentes contextos. Não se trata de abandonar a prática médica clínica tradicional, mas redimensioná-la, ressignificá-la, enquadrá-la numa prática humanizada, crítica, reflexiva, que veja a pessoa como um todo em suas relações e que amplie as possibilidades de resolubilidade. Em suma, contribuir para que o povo reaja às situações de opressão física, mental e social, e possa ser mais feliz. E isso inclui as possibilidades para que o médico também possa ser. (ROS, 2006. p. 242).

A tendência é um novo modelo de formação médica, do Flexneriano à construção da integralidade a fim de atender as mudanças das Diretrizes Curriculares. Diversificar os cenários de prática no âmbito das demandas de saúde, permitindo a interação com a comunidade. Conforme Lampert:

O modelo de ensinar evoluiu através dos tempos. Nos primórdios da civilização, o aprendiz, para dominar um ofício, acompanhava o mestre como assistente, auxiliar e, após exercer as atividades, de certa forma supervisionadas, logo passava a atuar de modo autônomo. Na Idade Média, ao surgirem como instituição as escolas constituíram uma organização à parte, com estrutura e sistema administrativo totalmente independente dos serviços, portanto, na saúde, desvinculada da prestação de assistência. Nesse momento, houve uma divisão entre o trabalho manual e o trabalho intelectual. Dessa forma, aconteceu a dissociação entre o estudo e o trabalho, observado ainda nos dias de hoje de forma marcante. A atividade prática do estudante fica assim considerada uma tarefa didática sem compromisso com a prestação de serviços (LAMPERT, 2006. p. 246).

O novo modelo de formação reivindica a inclusão de novos espaços para o fazer, novos atores e ações compartilhadas. Procurar um novo fazer é identificar as mudanças sociais e acompanhá-las para dar respostas à demanda que se apresenta.

As transformações do mundo do trabalho nos remetem cada vez mais a transitoriedade do saber e a demanda por novas alternativas de formação. A rapidez e as emergências pedindo passagem revelam a fragilidade de uma formação rígida. As vivências e suas amplitudes indicam os desafios para o profissional que deve estar atento ao que as transformações societárias nos pedem.

A proposta é legitimar os espaços de discussão sobre o trabalho em detrimento dos determinismos e verticalidade das relações de poder que se estabelecem, agregar novos espaços e capacidades ao médico em sua atividade cotidiana através da reflexão sobre a prática.

Assim, a exploração mais detalhada do ato médico como ciência e arte pode contribuir para esta resposta. Como ciência, funda-se no paradigma da racionalidade moderna, e este traz

forte potencial explicativo para tratar da questão da legitimidade dos conhecimentos teóricos, oriundos dos saberes disciplinares que informam a ação profissional e a desconsideração dos que se constroem pela experiência profissional e que também regem o curso das decisões na prática. (RIBEIRO, 2006. p. 292).

“Esse saber – certamente comprometido pela subjetividade e submetido às contingências do imprevisto e do imponderável, que não cabe ser submetido ao rigor da pesquisa experimental – encaixa-se, certamente, na arte, e não pode ser ensinado” (RIBEIRO, 2006, p. 292).

O conhecimento para o exercício da profissão do campo da prática não se apresenta em estruturas simples e sem complexidade. Somar decisões em meio às incertezas, entender as singularidades e os conflitos cotidianos extrapolam a racionalidade técnica e instrumental.

As necessidades da sociedade e as respostas das universidades devem estar intrínsecas. Produzir conhecimento, utilizá-lo na prática e buscar espaços de educação permanentes é a tríade a ser explorada no contexto acadêmico e profissional. Buscar a relevância social do que se produz é buscar dar sentido amplo às práticas de cuidado.

Em vista disso, Ribeiro aponta que:

Flexibilidade curricular, autonomia do aluno, avaliação crítica do conhecimento, capacidade de construir e manejar problemas não guardam coerência com estruturas disciplinares rígidas e baseadas em pré-requisitos definidos, práticos de ensino-aprendizagem centrados no professor e assentadas na pedagogia da transmissão, com base numa relação teoria-prática que posterga o exercício de integração e articulação de saberes. (RIBEIRO, 2006, p. 294)

Em relação à formação no campo da medicina, a reflexão sugerida impõe repensar as concepções possíveis de trabalho acadêmico, considerando em que medida os afazeres docentes estão comprometidos com a constituição de sólidas bases científicas para o exercício da medicina e/ou com a formação profissional assentada na interlocução entre diferentes olhares e saberes sobre o processo de saúde-doença-cuidado em cenários diversos (RIBEIRO, 2006. p. 301).

Na aproximação da universidade com a comunidade ocorrem silenciosos choques de realidades socioeconômicas, culturais e de arranjos familiares. Os alunos tendem a desconstruir concepções equivocadas sobre o paciente com transtorno mental, sobre o processo saúde-doença, explorar suas competências relacionais e de comunicação.

A partir das recomendações do Programa Mais Médicos, houve a necessidade de readequação da formação médica no Brasil, o que resultou na elaboração das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação

em Medicina, promulgadas pela Resolução do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior (CNE/CES), de 20 de junho de 2014. As DCN propõem que o graduando de Medicina tenha formação geral, humanística, crítica, reflexiva e ética, com capacidade de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo saúde-doença. Se a formação médica do final do século XX era firmada na estrutura hospitalar e ambulatorial, observa-se, a partir do século XXI, um processo gradativo de mudança de cenários de aprendizagem, e as DCN enfatizam a necessidade de a formação ocorrer prioritariamente, mas não exclusivamente, na atenção básica de saúde e nos serviços de urgência e emergência (PAULIN *et al.*, 2020. p. 2).

Buscar fontes que mostram os limites e avanços para formação e estabelecer contato com o desconhecido podem despertar dentre inúmeras reações: do estranhamento à aproximação; da paralisia ao querer fazer. A aprendizagem ocorre no caminho e o produto perpassa pelas singularidades dos encontros. É nesta perspectiva e direção que se pensa o internato em uma rede com potente diferencial, como Carmo.

3.2.3 Inovações práticas: a proposta do internato de saúde mental do UNIFESO

Com a finalidade de atender as exigências das DCN que dão ênfase à Atenção Básica e estabelece a Saúde Mental como uma das áreas de formação médica, o UNIFESO inicia em 2017 o internato de Saúde Mental em Carmo.

Com base no Portfólio de Saúde Mental do internato pode-se verificar que:

Ainda que temas relacionados à área de Saúde Mental estejam dispostos em caráter transversal à construção de conhecimento ao longo do curso de medicina, a organização e implementação de um módulo específico dedicado à Saúde Mental foi idealizada pelo UNIFESO, em atendimento à definição emanada a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais 2014, quanto à reestruturação da composição do Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço em Regime de Internato, que a partir do segundo semestre letivo de 2017 passou a ser incorporada ao curso em 08 (oito) módulos distintos, dentre os quais, o de Saúde Mental (ARGOLO *et al.*, 2017, n.p.).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Medicina, se constituem na principal base de fundamentação do Projeto Pedagógico do curso que visa proporcionar ao acadêmico uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da

saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Cavalcante *et al.* (2019) nos traz que:

A formação médica sempre se deu prioritariamente no campo da Biomedicina e a Psiquiatria é a disciplina que institui o saber médico sobre a loucura, classificando-a em diferentes tipos de doença mental. A formação em SM é estratégica para a ampliação do saber e da prática do médico que deve não apenas reconhecer os transtornos mentais, mas sobretudo perceber que o sofrimento humano dificilmente poderá ser reduzido a uma etiqueta diagnóstica. (CAVALCANTE et al., 2019, s. p.)

Há anos Carmo recebe estudantes, profissionais e pesquisadores interessados em compreender a dinâmica de saúde mental local e sua organização.

De acordo com Argolo (2017), as experiências historicamente produzidas em Carmo despertaram o interesse e o reconhecimento da Coordenação do Curso de Medicina aproximando-a da gestão municipal através de visitas técnicas para concretização da proposta de formação médica neste campo, tendo o corpo docente de preceptores e supervisão composto por profissionais da RAPS e docentes do curso de medicina, enquanto preceptores em serviço. São eles: 01 Enfermeiro, 01 Psicóloga, 03 médicos psiquiatras e 01 clínico geral.

A pequena cidade do interior passa a ser vista como um campo rico e propício para a circulação dos acadêmicos de medicina tendo em vista a proximidade com a sede do UNIFESO em Teresópolis e a singularidade do processo histórico de Carmo que tem como marcador a Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização dos pacientes de seu hospício e seu papel transformador no que diz respeito à reinserção social de pacientes hospitalizados por anos.

A parceria Prefeitura Municipal de Carmo e UNIFESO se concretiza com a assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), no qual Carmo se estabelece oficialmente como espaço de formação.

Consoante a Argolo (2017), a formação para a área da saúde como política pública, em um local em que a riqueza do encontro traz surpresas e extrapola qualquer definição ou conceito sobre a intervenção, afirma a construção de espaços para o médico generalista. O objetivo é que o estudante seja capaz de reconhecer a rede e utilizá-la como também seja capaz de reconhecer parceiros para a construção de uma saúde de melhor qualidade.

Com uma RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) organizada com cem por cento de cobertura da Atenção Básica e com os dispositivos de saúde mental em funcionamento, o Programa de Saúde Mental de Carmo passa a ser referência também para formação de profissionais de saúde.

A inserção do médico em formação nos cenários de prática da saúde mental do Carmo tem a preocupação de que o aluno seja um dos atores do trabalho construindo nele o sentimento de pertencimento e responsabilização, respaldados pela presença constante do preceptor fazendo a costura do estudante com o usuário e equipe.

Para efetivar o cenário enquanto território de formação, os estudantes foram inseridos nos espaços de intervenção prática: Centro de Atenção Psicossocial do Carmo (CAPS/Carmo), Ambulatório de Saúde Mental, Hospital Nossa Senhora do Carmo (HNSC), Serviços Residenciais Terapêuticos e estimulados a percorrerem a cidade numa lógica propositiva e centrada no paciente através do usuário-guia.

No diálogo com os preceptores, o termo “usuário-guia” pré-estabelecido inicialmente como um dos nortes para intervenção, dá luz a novos formatos em campo. Uma vez inserido no cenário municipal, o acadêmico se depara com várias intercorrências que demandam um atendimento mais próximo com o usuário e com a rede de serviços, será sua referência e terá a oportunidade de vivenciar o paciente grave no seu dia-dia. Os estudantes se deparam com um cenário tão rico, que toma um corpo próprio e por assim dizer as propostas de intervenção não se limitam ao corpo e ao espaço físico.

Para compreender o cuidado na rede de saúde mental, o estudante, como um técnico de referência, vivencia um paciente grave que o conduz pela rede.

Argolo (2020) aponta no planejamento do internato de saúde mental que durante quatro semanas o estudante deverá acompanhar o usuário eleito por suas especificidades demandantes de cuidado a fim de garantir a estabilidade do quadro clínico e o bem estar a partir de um olhar ampliado. Como destacado:

O usuário guia provocará a circulação da equipe por todos os dispositivos (atenção básica, atenção especializada, justiça, assistência social, família, entre outros) numa corresponsabilidade no cuidado;
O estudante precisará construir estratégias de intervenção junto ao usuário e equipes de referência como garantia de um cuidado integral e bem estar.
(ARGOLO, 2020, p. 12).

Não cabe neste campo a figura de mero espectador das construções e intervenções, por isso há um espaço semanal de discussão sobre os cenários para ouvir os incômodos, fragilidades, críticas e reafirmar os espaços de cuidado.

Este espaço de encontro semanal entre estudantes e preceptores, em formato de roda de conversa, busca reforçar as fortalezas e dar suporte às fragilidades apontadas durante o processo de construção do cuidado. São realizadas discussões sobre os casos e a repercussão no acadêmico, sendo construídos relatórios pelos estudantes com os principais apontamentos

realizados, discussão sobre diagnóstico, conduta, medicação e linha de cuidado atrelados a rede de suporte.

Cabe citar o papel do preceptor nestes espaços:

(...) o papel do docente/preceptor é vital nas práticas diárias do internato. Devem-se estimular os atendimentos, as discussões de casos e as reflexões clínicas e psicossociais, o que significa que o docente deve ser uma figura ativa no processo de ensino (PAULIN *et al.*, 2020, p. 5)

Durante a primeira semana são oferecidas oficinas sobre Psicopatologia, Psicofarmacologia, História da Psiquiatria, Políticas Públicas de Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial.

Os alunos são avaliados levando-se em consideração: postura, atitude, assiduidade, relacionamento com os pacientes e com a equipe multidisciplinar como também em relação aos aspectos específicos da Saúde Mental (conhecimentos teóricos e desenvolvimento de habilidades).

Por fim, a apresentação de Seminário Clínico como avaliação, considera a construção de competências gerais como: conhecimento sobre diagnóstico, medicação e conduta, trabalho integrado com equipe multidisciplinar, autonomia e iniciativa nas ações, articulação com a rede de cuidado e conhecimento sobre as políticas públicas em saúde mental. (ARGOLO, 2020).

Com base no Projeto Pedagógico do Curso (PPC), a avaliação formativa constitui-se em um mecanismo que possibilita ao estudante perceber e acompanhar seus avanços e dificuldades durante o processo de formação nas três dimensões: habilidades, conhecimentos e atitudes.

Nesse contexto, cabe ao professor desafiá-lo e orientá-lo a superar essas dificuldades, a continuar progredindo na construção das competências profissionais desejadas. Seu caráter é processual, permitindo ao estudante mais de um momento para superação das suas dificuldades, demanda um acompanhamento do estudante, que deve ser capaz de promover motivação para superação e redirecionamento dos caminhos para a construção do conhecimento, sinalizando a necessidade de reorientação de trajetória pessoal, permitindo que o mesmo possa perceber e acompanhar de maneira autônoma e proativa avanços e dificuldades.

A avaliação formativa busca detectar dificuldades durante a aprendizagem a fim de corrigi-las rapidamente. Através dessa modalidade de avaliação é possível que a prática docente se ajuste às necessidades discentes durante o processo.

Uma das mais importantes características da avaliação formativa é a capacidade em gerar, com rapidez, informações úteis sobre etapas vencidas e dificuldades encontradas, estabelecendo um *feedback* contínuo sobre o andamento do processo de ensino e aprendizagem.

Os resultados da avaliação formativa servirão de base para identificar como o processo de aprendizagem tem acontecido. As informações que essa avaliação revela permitem o planejamento, o ajuste, o redirecionamento das práticas pedagógicas no intuito de aprimorar a aprendizagem dos alunos.

Segundo Argolo *et al.* (2017), para melhor compreensão das propostas a serem construídas durante o internato, algumas competências deverão ser construídas neste percurso. Podendo ser citadas: conhecer as políticas da Reforma Psiquiátrica; promover ações integrais de promoção a saúde em parceria com a família e a sociedade; atuar na e com a equipe de saúde mental considerando a especificidade de cada profissional e os demais dispositivos da rede; produzir cuidado de acordo com as possibilidades e fluxo da RAPS; identificar outros agravos de saúde que extrapolem a saúde mental e se necessário referenciar aos dispositivos competentes; realizar ações de educação em saúde quando demandado; discutir os casos com as equipes da RAPS; realizar diagnóstico e manejo clínico de transtornos mentais graves; ofertar atendimento e acompanhamento às urgências e emergências psiquiátricas sob supervisão do preceptor bem como ofertar atendimento nas Residências Terapêuticas; conhecer os principais medicamentos usados no tratamento dos transtornos mentais e o impacto em pacientes de uso crônico; conhecer legislação e protocolos específicos de saúde mental; considerar as escolhas do paciente potencializando sua saúde.

Para efetivação das competências supracitadas, o módulo prevê a construção teórico-prática através de aulas de anamnese, exame psíquico e sùmula psicopatológica; principais síndromes psiquiátricas; visitação a hospitais psiquiátricos, participação em censos clínicos e circulação nos cenários da RAPS de Carmo.

A experimentação do campo traz à luz as novas possibilidades e limites para o trabalho em saúde mental a partir da inserção do olhar “estrangeiro” representado pelos acadêmicos. O cenário está sempre em construção, assim como os problemas e as soluções demandadas. A inserção e renovação dos próprios acadêmicos na composição dos cenários muda seu funcionamento. As novas relações que se estabelecem com as equipes, os usuários, o grau de maturidade, o perfil dos acadêmicos são fatores a serem considerados.

Ao longo da inserção dos profissionais em formação e durante a pesquisa tenho buscado o olhar dos atores envolvidos no Internato em Saúde Mental. Procuo dar voz e sentido às falas construídas no processo de formação de cada grupo. O leque de transformações tem sido infinito, abrindo questões em todas as esferas de saber e em todos os cenários de prática.

A interação com a equipe multiprofissional, a possibilidade de se construir como parte da equipe, o contato com o usuário, vivenciar reações frente ao inusitado, responder a

necessidade do usuário são fatores que se constituem no processo de aprendizagem em campo. É preciso ir muito além da recomendação de teorias diante das deficiências identificadas: como o profissional em formação se relaciona? Como ele se comunica com os usuários e com a equipe?

O trabalho em saúde é construído em torno de encontros. Criar espaços de discussões compartilhadas, construir novas experiências e aprendizados, conversar sobre as experiências do cenário e pensar sobre o próprio trabalho pode ser um caminho para se identificar as deficiências no processo de formação e pela busca de aprendizagem.

As experiências produzidas no decorrer do internato de saúde mental em Carmo, em especial com o campo da atenção psicossocial, buscam promover mudanças de vida para além do tratamento clínico e centrado na doença. Tais experiências podem promover a aproximação não só com os usuários como também com os profissionais, familiares e toda rede envolvida.

Os acadêmicos têm a possibilidade de reconstruir o projeto terapêutico singular junto ao usuário, percorrendo seus trajetos, conhecendo seus familiares e ouvindo seus desejos e o que realmente produz saúde para ele.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) possibilita a participação, a reinserção e a construção de autonomia para o usuário em sofrimento psíquico. Desta forma, deve-se considerar a história, as necessidades individuais e as peculiaridades de cada usuário e o contexto no qual ele se insere.

Merece um parêntese o papel do preceptor, alguns tipos de preceptoria vivenciados na prática: Preceptor que acompanha os estudantes em um determinado cenário (ambulatório, enfermaria, CAPS), geralmente com a mesma profissão dos acadêmicos em formação; Preceptor que mobiliza e acompanha a aprendizagem de um grupo de estudantes de cursos distintos; Preceptor-profissional do serviço que recebe os estudantes por um determinado tempo onde ele já desenvolve a atividade; Preceptor externo ao serviço. Ao preceptor cabem ainda alguns direcionamentos que tornam a vivência na prática um lugar de construção de conhecimento capaz de gerar novas competências e habilidades. O preceptor deve buscar dar sentido para o acadêmico estar naquele campo. Este é, a meu ver, um dos maiores desafios para um bom preceptor, mas também motivo de realização, pois quando o acadêmico entende o seu papel naquele local ele também se torna capaz de promover novos espaços de encontros e de pensar a importância de seu lugar no trabalho.

No internato em Saúde Mental, ao final de cada experiência de prática é reservado um tempo mínimo para avaliação daquele momento pelo preceptor e pelos acadêmicos. No fim de cada semana, uma manhã é dedicada à avaliação, neste espaço há trocas, críticas e reflexões

importantes. Os profissionais em formação são avaliados o tempo todo (avaliação processual): pontualidade, responsabilidade, dedicação, interação com equipe e usuários, intervenções, posturas, atitudes, conhecimentos são pontos importantes no cenário de prática.

O planejamento neste cenário responsabiliza o aluno em relação à sua inserção no serviço, especialmente diante do usuário guia. Neste, o estudante tem a responsabilidade de acompanhar um usuário eleito por ele e pela equipe e que no momento tem mobilizado toda a rede de cuidados pela complexidade de sua clínica, considerando todo o contexto biopsicossocial. O médico em formação precisa estabelecer um vínculo de cuidado para que possa intervir juntamente com as equipes envolvidas na melhoria do quadro clínico, psíquico e social, ou seja, é preciso intervir para promover uma integralidade de atenção daquele usuário.

A discussão e escolha dos casos-usuários-guia pela equipe multiprofissional, traz a possibilidade da construção do saber de forma ampliada e multilateral. Esta é uma oportunidade ímpar, pois há a contribuição dos diversos olhares sobre o saber e o fazer em suas diferentes práticas de trabalho e cenários. Este é um desafio diário, uma vez que a construção do diálogo entre os diferentes profissionais nem sempre se dá de forma clara e construtiva, perpassando outros caminhos e desafios de ordem cultural e histórica.

Vale ressaltar que a educação é transformadora quando privilegia a busca e aquisição de conhecimentos com autonomia e crítica, tendo como resultado a reflexão sobre a possibilidade de uma realidade. Neste sentido, é tarefa do educador não apenas ensinar os conteúdos, mas também estimular a reflexão crítica.

A inserção do profissional em formação no serviço de saúde mental e a forma de condução e intervenção do preceptor no processo de ensino- aprendizagem trazem neste momento muitas reflexões e a possibilidade de atravessamentos no cotidiano.

Segundo Lima e Rozendo (2015), ser preceptor é um constante avaliar seu modo de fazer, modificando sua prática, alterando seu ambiente de trabalho, influenciando futuros profissionais a agirem de forma semelhante, com responsabilidade e ética sobre suas ações.

É preciso dimensionar também o amadurecimento da condução do preceptor frente ao cenário, aos acadêmicos em formação e equipe de trabalho e seu impacto na postura dos educandos, bem como em suas condutas durante todo o processo. Envolvimento, troca e interação são essenciais ao preceptor que funciona também como facilitador para que o aluno se sinta parte do processo de trabalho. Aprender na RAPS significa aprender na prática, entender-se parte integrante do cenário e das ações que ali existem.

Envolver os setores, os profissionais, os acadêmicos, os usuários e seus familiares, conhecer a rede onde os usuários transitam, as potencialidades e fragilidades do território são

formas de contribuir para uma visão totalizadora e potencializar as intervenções junto aos usuários. Ao final todos os envolvidos renovam seus conhecimentos, habilidades e atitudes, mas é preciso ir além, adaptando-se às novas necessidades.

Os profissionais em formação são desafiados em suas fortalezas e fragilidades, cabendo ao preceptor no processo avaliativo apontá-las e buscar junto aos mesmos formas de superação.

Cabendo citar:

(...) o preceptor é um facilitador e mediador no processo de aprendizagem e produção de saberes no mundo do trabalho. Nessa perspectiva, assume papel fundamental, levando os estudantes a problematizarem a realidade, refletirem sobre as soluções e agirem para responder as questões do cotidiano do ensino/serviço. (LIMA, ROZENDO, 2015, p. 780).

Neste espaço de produção e questionamento do saber, verificamos como os profissionais em formação se apropriaram dos cenários, das histórias pessoais e familiares dos usuários, como realizaram as intervenções clínicas e psicossociais.

4 METODOLOGIA

Neste trabalho foram usados dois métodos, a saber, a revisão integrativa e a pesquisa qualitativa com método etnográfico. A primeira foi realizada previamente, permitindo a obtenção de dados na literatura sobre o tema da Formação na Atenção Psicossocial; a segunda se baseou em entrevistas, observação participante e análise documental.

Dentro da conjuntura na qual a Reforma Psiquiátrica está sob ameaça de desmonte, é fundamental a visita a estudos que proporcionam a reafirmação das políticas públicas através de conhecimento e da aplicabilidade de resultados na prática; o que justifica a revisão integrativa da literatura.

Já a pesquisa qualitativa com método etnográfico se justifica porque, na conjuntura mencionada, a prática aparece como premissa de inovações para responder a novas demandas em saúde mental e a pesquisa como fonte de validação de experiências.

Nesse sentido, este estudo busca levantar parâmetros por meio da aproximação do pesquisador com os acadêmicos em seu percurso formativo para que, atento às linguagens, possa identificar elementos ainda não registrados anteriormente.

4.1 CAMINHOS PARA O DESPERTAR DA FORMAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Através da revisão de literatura da área buscou-se estudos que podem favorecer a formação médica em saúde mental por meio de práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental no Brasil. Também serão observados nos textos selecionados, as relações desta temática com as questões de formação e promoção de cuidado nos dispositivos substitutivos de atenção propostos pela reforma psiquiátrica.

Pretende-se dar destaque às boas práticas de trabalhadores no SUS, aos processos de trabalho mais recentes e à possibilidade de promoção de caminhos para o despertar da formação médica e de profissionais de saúde que ultrapasse o modelo ambulatorial, hospitalocêntrico e pautado na psicofarmacologia dando pistas para a efetividade do cuidado na atenção psicossocial.

O recorte temporal de 2014 a 2019 permite pensar o processo de formação e atuação dos trabalhadores, pois corre o risco de reproduzir antigos modos de cuidar, dessa forma é preciso suscitar críticas e produzir conhecimento acerca dos impasses e avanços para o fortalecimento do cuidado calcado nos sujeitos e na ampliação das ofertas de tratamento reafirmando uma rede de serviços comunitários.

Aborda-se o SUS e a experiência da formação no CAPS, por meio da formulação e execução da política de formação e desenvolvimento profissional, integrando serviços de saúde e instituições formadoras dando sentido à qualificação dos profissionais. No campo da política pública de saúde no Brasil, a reorientação da assistência psiquiátrica tem sido marcada pela expansão da rede de atenção substitutiva de base territorial, tendo como dispositivo central, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Segundo Souza,

(...) é no interior do próprio cotidiano de trabalho que estão contidas as possibilidades de engendrar alternativas afirmadoras da vida, especialmente no campo da relação saúde mental e trabalho. Tal enquadre deverá contribuir futuramente para tornar ainda mais propícias as condições para o exercício da formação. Verificamos que a sinergia de saberes toma uma nova riqueza, configurando-se a formação como força agregadora de descobertas mútuas (SOUZA *et al*, 2018, p. 128).

No recorte proposto, buscar-se-á identificar como vem ocorrendo as práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental e quais podem ser os exemplos de boas práticas para se avançar cada vez mais.

Neste íterim merece destaque as ações voltadas para o conhecimento e a qualidade do cuidado prestado nos processos de trabalho através das publicações mais recentes, fontes que revelam o panorama da atenção em saúde mental em consonância com os modelos substitutivos de cuidado propostos pela reforma psiquiátrica. Considera-se que as diferentes formas de lidar com a loucura traz à tona a necessidade de destaque e investimento na formação profissional em saúde mental.

Para alcançar o objetivo realizou-se uma revisão de literatura baseada na questão norteadora: há estudos que podem favorecer a formação médica em saúde mental?

A partir dessa questão, foram levantados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) palavras chave ou descritores para representar o conteúdo temático desta investigação (“saúde mental” and “formação profissional”, “CAPS” and “SUS”). Essas foram combinadas entre si com o operador booleano AND e utilizadas na base de dados Lilacs, selecionada para esta pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram escolhidos artigos publicados entre 2014 e 2019, em língua portuguesa, com textos completos, que abordam de forma ampliada ensino, formação profissional e/ou produção de cuidado em saúde mental. Foram excluídos os artigos que não se relacionavam com o objetivo proposto neste estudo.

O resultado da associação entre os descritores foi o seguinte: "saúde mental" and “formação profissional”, 359 referências e, com os filtros: capacitação profissional, capacitação de recursos humanos em saúde, Brasil e saúde mental, 31 referências das quais selecionei

quatro. A partir dos descritores “CAPS” and “SUS”, 365 resultados. Com os filtros: saúde mental, Brasil e pesquisa qualitativa houve uma redução para 30 resultados ressaltando-se três que serão utilizados.

O registro das informações obtidas nos artigos selecionados gerou um quadro estruturado (Quadro 1). Este foi preenchido após a leitura dos estudos na íntegra e serviu de embasamento para descrição da análise dos dados. Em relação aos aspectos éticos, foram respeitadas as ideias dos autores apresentados nos artigos analisados.

A partir da análise dos artigos científicos selecionados, apresentam-se os resultados quanto ao local de publicação, ano, metodologia, considerações/temática e principais resultados. O programa *EndNote* web foi utilizado como ferramenta de apoio e organização do material.

Para Emerich e Onocko-Campos (2019) a Reforma Psiquiátrica Brasileira aponta para a construção de novos modos de cuidar dos usuários em intenso sofrimento psíquico. Tal perspectiva convoca os trabalhadores e gestores da área da Saúde a um contínuo questionamento de suas práticas e à proposição de novos modos de lidar com as transformações em curso, sob o risco de os serviços territoriais repetirem modelos excludentes de cuidado.

Reconhecer o usuário como sujeito, contraditório, que experimenta novas ligações com o outro, com o contexto, com o mundo, ao invés de dizer ao usuário o que ele deve ou não fazer, estar ao lado dos sujeitos nos caminhos que eles trilham para suas vidas convida os profissionais em formação ao questionamento do lugar da certeza, tão valorizada nas formações profissionais tradicionais dos cursos da saúde.

O levantamento de dados revelou que a maioria dos artigos foram produzidos na região sudeste, seguida pelas regiões sul e nordeste. Quanto aos locais de publicação, dois estão disponíveis em (Interface, Botucatu online), um (Interface-comunicação, saúde, educação), um (Revista Polis e psique), um (PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva), um (Fractal: Revista de psicologia) e um (RECIIS-online).

Quanto ao ano de publicação dos artigos que compuseram a amostra deste estudo, dos últimos cinco anos, observa-se uma maior produção no período entre 2018 e 2019 de textos publicados que respondem à pergunta norteadora desta RIL.

Sobre a metodologia relatada pelos artigos, observou-se que os trabalhos se basearam em diversificados recursos metodológicos dos quais podemos citar: estudos de caso, pesquisa-ação, pesquisa-intervenção, revisão bibliográfica e avaliação de quarta geração.

Os artigos selecionados revelam: as possibilidades de produção de subjetividade no CAPS, a partir da reforma psiquiátrica; os modos de construção da inserção social no cotidiano

de sujeitos em sofrimento psíquico a partir dos discursos dos profissionais do CAPS; a integração ensino-serviço, por meio de um olhar sobre as afetações produzidas na articulação entre ensino-pesquisa-assistência; a importância de três eixos a serem considerados em processos formativos para trabalhadores e gestores de serviços de Saúde Mental: o do Sujeito, o do Coletivo e o da Instituição; a aplicação das práticas discursivas na descrição e interpretação dos sentidos dados a diferentes fenômenos em saúde mental no Brasil; formação no campo da Saúde do Trabalhador, com foco nas relações entre Saúde Mental e Trabalho; a formação interprofissional em serviço a partir da perspectiva de trabalhadores do CAPS.

Os artigos também apontam que o CAPS é um *lócus* privilegiado de produção de conhecimento e cuidados, o que evidencia o significado dessa modalidade de serviço para a consolidação do modelo de atenção psicossocial.

Com relação aos resultados, foi observado:

- A atenção psicossocial como produtora de resistências, variabilidade e modos singulares de vida individual e coletiva, movimentos presentes na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira;
- Potencialização da rede e da corresponsabilidade na atenção aos casos de saúde mental, aprimoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares e da coordenação do cuidado, ampliação da função formadora do serviço e problematizações da formação profissional pela universidade;
- A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem nos trabalhadores uma das principais forças motrizes de sua constituição, sustentação, crítica e transformação;
- O trabalho realizado nos CAPS deve transcender a multidisciplinaridade, impactando o plano terapêutico a partir de abordagens interdisciplinares;
- A desinstitucionalização se faz em um processo contínuo através de tecnologias diversas da saúde mental para questionar essa ação e promover inserção social. A relevância da formação (pela e para a ação) em Saúde Mental e trabalho no campo da Saúde do Trabalhador e a importância de ela ocorrer por intermédio da constituição de espaços públicos de debates sinérgicos e de deliberações;
- As residências como importantes estratégias para o desenvolvimento do trabalho interprofissional no campo da Atenção à Saúde, contribuindo para as ações de educação permanente e a construção de processos instituintes de mudanças para as práticas de cuidado.

A análise dos sete artigos possibilitou caracterizar as práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental no país, sintetizando-as em duas amplas e complementares categorias temáticas: práticas de cuidado e processos formativos.

Conforme Wetzel et al (2018), é preciso avançar em relação às práticas do antigo modelo biologicista e ambulatorial, centrada na psicofarmacologia como única possibilidade de tratamento. A lógica da educação no e pelo trabalho possibilitam a produção de mudanças efetivas das habilidades profissionais contribuindo para mudanças das práticas de cuidado.

No entanto, diversos desafios permanecem presentes nos serviços comunitários pautados pelos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dessa forma,

Corremos o risco constante de sermos atravessados por repetições nas proposições de mudanças que produzimos, sendo que os processos de formação e qualificação dos profissionais podem-se constituir em importantes recursos para lidar com toda essa complexidade. Urge problematizar a atuação profissional, a construção de estratégias de cuidado (com usuário e para o próprio trabalhador), aumentar o escopo teórico e conhecer melhor os pontos que afetam a potência do trabalho (EMERICH; ONOCKO-CAMPOS, 2019, p. 12).

Assim, podemos dizer que a formação tem nos espaços públicos campo privilegiado de experimentação e aprendizado a partir do contato direto no território e das múltiplas manifestações de adoecimento.

Cabe citar: “Ao mesmo tempo em que os sujeitos transformam os serviços nos quais se formam, por meio de críticas e das necessárias proposições e invenções de modos de lidar com os problemas, por eles são transformados”. (EMERICH; ONOCKO-CAMPOS, 2019, p. 12).

Neste sentido, ultrapassar a formação verticalizada, baseada apenas na especialidade atrelada ao distanciamento é uma das formas de superar a barreira que se estabelece entre o que se aprende e o que realmente é necessário ao sujeito em seu território. Como consequência:

Na tentativa de lidar com tais aspectos, têm ocorrido alterações nos cursos de graduação, como a definição de novas diretrizes curriculares básicas para cursos da Saúde. (...) Tratam-se de ofertas para que a formação esteja em consonância com o enfrentamento dos problemas de saúde da população e com o desenvolvimento do próprio SUS (EMERICH; ONOCKO-CAMPOS, 2019, p. 15).

Seguindo esta perspectiva, em pesquisa realizada por Conceição et al (2015), a formação no Sistema Único de Saúde (SUS) possibilita a aproximação dos cotidianos de trabalho e da experiência concreta dos sujeitos no território. O processo de formação tem se revelado distante dos processos de trabalho em saúde. Deste modo, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério

da Educação (MEC) têm implementado, recentemente, políticas de formação que privilegiam, dentre outros aspectos, a integração ensino-serviço.

Tais políticas colocaram em pauta a necessidade de mudanças curriculares e o cumprimento das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em Saúde. Iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações, de acordo com as necessidades do SUS.

A relação com o território, ainda em conformidade com as ideias de Conceição *et al.* (2015), produz o estreitamento das relações e a ampliação de espaços de compartilhamento entre profissionais nos serviços bem como revelam novas pistas para a formação em saúde. O contato com os serviços e cuidados diversos impacta os acadêmicos, que deixam de direcionarem-se somente para a prática da clínica privada, abrindo um leque de possibilidades para uma ação em saúde coletiva e na clínica ampliada.

Logo, aproximar-se dos serviços permite-nos identificar seu funcionamento bem como analisar se as práticas se aproximam do ideário antimanicomial em detrimento das práticas disciplinares e serializadas. Além disso, possibilita instaurar práticas de cuidado produtoras de significado e sentido, com vistas a operar mudança de realidades no que se refere à centralidade que a doença ocupa na vida das pessoas. A exclusão, o estigma, a tutela, por exemplo, são realidades que comprometem as possibilidades de vida independente e de cidadania. (ARGILES *et al.*, 2015)

Os autores acima citados ressaltam a produção de subjetividade no âmbito dos serviços de saúde mental no que diz respeito às possibilidades que se abrem à reconstituição de projetos de vida, à retomada de direitos, de desejos, de modos de ser e estar no mundo, de acessos, de relações. A proposta é buscar trabalhar com foco nas pessoas e seus projetos de vida, individuais e coletivos, de forma a construir novos modos de existência e novas formas de viver e conviver com a experiência da loucura.

São nos espaços do CAPS que os processos de singularização subjetivam como formas de reapropriação de modos próprios de sentir, pensar e viver a vida estão ocorrendo. Assim:

Os centros de atenção psicossocial assumem como objetivo primeiro na rede de saúde a responsabilidade com o cuidado clínico ou o tratamento do sofrimento psíquico. Entendem, contudo, que a integralidade e complexidade da pessoa não se limitam à sintomatologia referida, mas são atravessadas por agenciamentos diversos, de ordens sociais, institucionais, entre outras. Impõem-se perspectivas diversas para sua atuação e ampliação de responsabilidade para com aspectos subjetivos da vida das pessoas em acompanhamento nesses serviços (ARGILES *et al.*, 2017, p. 74)

Para Santos e Martins (2016), as mudanças necessárias não se limitam ao lugar de cuidado, mas também ao modo de organização das equipes uma vez que atuar na saúde mental requer afetação para lutar por um modo de cuidar que não esteja presente nenhum traço do modelo isolacionista. Consideram ainda que para a desinstitucionalização acontecer é preciso investir na substituição do modelo de tratamento estritamente biomédico para outro modelo que tem como base o empoderamento dos sujeitos no cotidiano do território. Ressaltam que:

A construção de ações plurais, nos serviços de saúde mental, serve ao campo da inserção social ao favorecer a invenção de novos saberes e novas práticas voltados para o fortalecimento da contratualidade dos sujeitos em sofrimento psíquico. Tal investida se dá através da produção de fazeres que incidem na construção de autonomia e empoderamento do sujeito gerando, dessa forma, investimentos nas relações com a comunidade, ampliando de forma gradual e contínua o circular dos sujeitos da saúde mental na cidade (SANTOS; MARTINS, 2016, s.p.).

É preciso promover o protagonismo dos sujeitos a partir da construção de territórios de cuidado compreendendo a subjetividade como recurso presente nos discursos produzidos nas relações cotidianas de trabalho. Desta maneira:

A condução das abordagens profissionais ligadas à saúde mental deve contemplar a percepção da subjetividade do indivíduo. Esta dimensão, norteadas pelos amplos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e por outras políticas públicas apoiadoras, requer a reorientação das práxis frente à Reforma Psiquiátrica. A reestruturação da rede de atenção em saúde mental, ligada aos elementos constitutivos da atenção básica, fomenta o fortalecimento de aspectos como o desenvolvimento local e a territorialização, repercutindo na possibilidade de reinserção social e superação das limitações intimamente ligadas à doença mental (SAAD *et al*, 2019, p.653).

Quadro 1 – Artigos escolhidos para a revisão integrativa de literatura

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico (volume, número da página)	Metodologia	Considerações/Temática	Principais resultados
LILACS	Processos de singularização no modo psicossocial	ARGILES, C. T.; KANTORSKI, L. P.; WILLRICH, J. Q.; COIMBRA, V. C.	Physis (Rio J.), 27, n. 1, p. 61-77, 2017/03 2017.	Avaliação de quarta geração, construtivista e responsiva de Guba e Lincoln (1985; 1989) e adaptada por Wetzell (2005). Estudo de caso.	Relaciona as possibilidades de produção de subjetividade singularizada no serviço de CAPS de Alegrete-RS, a partir da reforma psiquiátrica nesse serviço.	A atenção psicossocial produz resistências, variabilidade e modos singulares de vida individual e coletiva, movimentos presentes na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira
LILACS	Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um programa de educação pelo trabalho para a saúde (PET-Saúde)	CONCEIÇÃO, M. R.; VICENTIN, M. C. G.; LEAL, B. M. M. L.; AMARAL, M. M. D. et al.	Interface comun. saúde educ, 19, n. supl.1, p. 845-855, 2015/12 2015.	Estudo de caso desdobrados da pesquisa-ação.	Discute a integração ensino-serviço, por meio de um olhar sobre as afetações produzidas na articulação entre ensino-pesquisa-assistência.	Potencialização da rede e da corresponsabilidade na atenção aos casos de saúde mental, aprimoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares e da coordenação do cuidado, ampliação da função formadora do serviço e problematizações da formação profissional pela universidade.
LILACS	Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição	EMERICH, F.; ONOCKO-CAMPOS, R	Interface (Botucatu, Online), 23, p. e170521-e170521, v. 2019.	Pesquisa-intervenção.	Discute a importância de três eixos a serem considerados em processos formativos para trabalhadores e gestores de serviços de Saúde Mental: o do Sujeito, o do Coletivo e o da Instituição.	A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem nos trabalhadores uma das principais forças motrizes de sua constituição, sustentação, crítica e transformação.
LILACS	Práticas discursivas e produção de sentidos: análise da aplicação em Saúde Mental no Brasil.	SAAD, A. P. R.; BASTOS, P. R. H. D. O.; SOUZA, G. A. C. D.	RECIIS (Online), v. 13, n. 3, p. 647-657, 2019.	Revisão bibliográfica baseada na literatura especializada.	Analisa a aplicação das práticas discursivas na descrição e interpretação dos sentidos dados a diferentes fenômenos em saúde mental no Brasil.	O trabalho realizado nos CAPS deve transcender a multidisciplinaridade, impactando o plano terapêutico a partir de abordagens interdisciplinares. Tais abordagens devem romper com o habitual para dar sentido aos discursos e favorecer ressignificações na interlocução.
LILACS	Um breve percurso na prática de inserção social em um centro	SANTOS, A. V.; MARTINS, H. T.	CAPS na Bahia. Rev. polis psique, v. 6, n. 3, p. 124-144, 2016.	Estudo de caso com entrevistas semiestruturadas, efetivando uma pesquisa qualitativa.	Enlaça os modos de construção da inserção social no cotidiano de sujeitos em sofrimento psíquico a	A desinstitucionalização se faz em um processo contínuo, no qual o CAPS I Ana Nery se engaja através

	de atenção psicossocial.				partir dos discursos dos profissionais do CAPS I Ana Nery na cidade de Cachoeira/BA.	de tecnologias diversas da saúde mental, para questionar essa ação e promover inserção social.
LILACS	Formação, saúde mental e trabalho: um patrimônio e uma estratégia.	SOUZA, W. F.; BRITO, J. C. D.; ATHAYDE, M. R. C. D	Fractal rev. psicol, v. 30, n. 2, p. 121-130, 2018.	Pesquisas –intervenções.	Propõe-se a tratar da formação no campo da Saúde do Trabalhador, com foco nas relações entre Saúde Mental e Trabalho.	Confirmamos a relevância da formação (pela e para a ação) em Saúde Mental e Trabalho no campo da Saúde do Trabalhador e a importância desta ocorrer por intermédio da constituição de espaços públicos de debates sinérgicos e de deliberações.
LILACS	Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial	WETZEL, C.; KOHLRAUSCH, E. R.; PAVANI, F. M.; BATISTELLA, F. S. et al	Interface (Botucatu, Online), v. 22, n. supl.2, p. 1729-1738, 2018.	Avaliação Qualitativa da Rede de Serviços de Saúde Mental que teve como percurso metodológico a Avaliação de Quarta Geração.	Analisa a formação interprofissional em serviço a partir da perspectiva de trabalhadores de um CAPS.	O estudo demonstrou que as residências são importantes estratégias para o desenvolvimento do trabalho interprofissional no campo da Atenção à Saúde, contribuindo para as ações de educação permanente e a construção de processos instituintes de mudanças para as práticas de cuidado.

4.2 CAMINHOS PONTILHADOS

A reta é curva que não sonha.

(MANOEL DE BARROS)

4.2.1 O Mapa

Um mapa nos sugere um caminho traçado para alcançar o objetivo. Além do percurso, os sujeitos da pesquisa, a localização e o tempo interferem no trajeto. Há lugares que se constituem enquanto mapas ricos de experiências, saberes instalados que podem ser revelados. O registro deste trabalho traz pontos de conexão, ativa redes de comunicação nos territórios da vida, produz conhecimento e indica os caminhos pontilhados no desenvolver da pesquisa, tomando como norte as etapas construídas no percurso.

4.2.1.1 Investigação, localização e tempo

As experiências aqui analisadas foram recolhidas no período de março a setembro de 2020 com doze alunos entre o 9º e 12º período de medicina do UNIFESO que ainda integravam ou haviam integrado o Internato de Saúde Mental do Carmo.

Com base nas vivências, nas opiniões reveladas, no modo de fazer, cuidar e falar, a pesquisa qualitativa demanda aprofundar o conhecimento sobre a percepção dos participantes diante da realidade e do modo a exprimir suas subjetividades.

Para Sampieri, Collado; Lucio (2013) e Minayo (2014) apud Silva et al (2018);

O foco da pesquisa qualitativa demanda compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos desde a percepção dos participantes ante um contexto natural e relacional da realidade que os rodeia, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades (SAMPIERI, COLLADO; LÚCIO, 2013; MINAYO, 2014; *apud* SILVA, et al. 2018 p. 22).

A observação participante durante os seminários, as entrevistas e o diário de campo são recursos utilizados, ferramentas para coleta de dados. Com efeito, a construção do projeto terapêutico singular, as interfaces com o SUS, a relação com as equipes de trabalho foram alguns dos itens observados durante a coleta de dados.

A observação participante tem validade também, segundo Souza (2011) uma vez que:

configurou-se numa possibilidade de suprir a lacuna da análise documental, no que diz respeito à elucidação da realidade prática. Além disso, a riqueza de detalhes do diário de campo possibilitou a evidência das práticas e subjetividades dos trabalhadores e dos usuários (SOUZA, 2011.p. 227)

Os dados foram transcritos no diário de campo pelo pesquisador em contato direto com o objeto de estudo.

Segundo Minayo *apud* Assis (2018):

A importância da observação participante reside no fato de se poder captar uma variedade de situações ou fenômenos não obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real. (MINAYO *apud* ASSIS. 2018. p. 38).

Entrevistas, observação participante nos seminários e Diário de campo foram utilizados como instrumentos para coleta de dados. De maneira complementar, a análise documental permite a apreciação dos documentos produzidos pela equipe de preceptores do internato de saúde mental do UNIFESO e tem como fontes: o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde – COAPES, Portfólio e planejamento do Internato de Saúde Mental de Carmo e o Projeto Pedagógico Institucional – PPI.

Conforme Souza,

A análise documental, associada à observação participante, mostrou-se como uma técnica eficaz para subsidiar estudos que pretendam utilizar a abordagem qualitativa para compreender cientificamente os fenômenos sociais da atualidade. (SOUZA et al, 2011. p. 228)

Vale ressaltar que o roteiro da entrevista, que se encontra em anexo, serviu para manter o pesquisador orientado quanto aos objetivos da pesquisa, havendo flexibilidade na forma de perguntar de acordo com a interação com o sujeito.

Os discursos produzidos durante o seminário clínico, que é um espaço rico de debate, construções do cuidado e finalização do trabalho dos acadêmicos, foram registrados no diário de campo com o consentimento e ciência dos três grupos acompanhados durante esta pesquisa a fim de ampliar os recursos para análise e produção desse trabalho.

Neste locus de construção de saber, tomar-se-á como base o que Turato (2005) traz:

Primeiramente, o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos. Nos settings da saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos

sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde. (TURATO, 2005. p. 510)

O público alvo da pesquisa, são acadêmicos de medicina do UNIFESO. Sete do sexo feminino e cinco do sexo masculino; possuem entre 22 e 29 anos numa média de idade de 24,5 anos. Com interesses diversos, chegam, em sua maioria, no internato com uma ideia da especialidade que pretende seguir. Dentre as citadas estão: ginecologia/obstetrícia, anestesiologia, pediatria, cardiologia, cirurgia geral, oftalmologia, ortopedia, cirurgia oncológica e cirurgia plástica. Um demonstrou dúvida entre anestesiologia e ginecologia e nenhum dos entrevistados com interesse prévio em psiquiatria.

Os acadêmicos são em sua maioria do 12º período (cinco); seguido de quatro acadêmicos do 9º período; apenas um do 11º período e nenhum do 10º período.

Foram selecionados para entrevista aleatoriamente, informados sobre os objetivos da pesquisa, assinaram o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e consentiram com a gravação das entrevistas.

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa e recolhimento de dados

Idade	Sexo	Data da entrevista	Período	Especialidade
22	F	10/03/20	9º	Ginecologia/obstetrícia
23	M	10/03/20	9º	Anestesia ou ginecologia/obstetrícia
22	F	10/03/20	9º	Pediatria
23	F	10/03/20	9º	Cardiologia
24	F	04/08/20	12º	Ginecologia/obstetrícia
26	F	04/08/20	12º	Cirurgia geral
24	F	04/08/20	11º	Ortopedia
26	M	01/09/20	12º	Cirurgia geral
24	M	01/09/20	12º	Oftalmologia
25	F	01/09/20	12º	Cirurgia oncológica
26	M	01/09/20	11º	Cirurgia plástica
29	M	15/09/20	12º	Cirurgia digestiva

Esta pesquisa se desenvolve na localidade do Carmo, município de 17.434 habitantes situado na região serrana do estado do Rio de Janeiro. Carmo é historicamente reconhecido pelo processo de desinstitucionalização do Hospital Estadual Teixeira Brandão e possui grande

número de Serviços Residenciais Terapêuticos implantados, com uma clientela significativa de saúde mental em sua rede de serviços.

Conforme Salles:

Na década de 40, no período de expansão dos hospitais públicos, foi fundado na zona rural deste município o Hospital Estadual Teixeira Brandão, instituição psiquiátrica nos moldes de colônia agrícola com característica asilar destinada a abrigar grande número de internos, todos do sexo masculino. De acordo com Guitton (2010), por muitos anos, Carmo foi considerado o destino para internação de pessoas em sofrimento mental de todo o Estado, sendo poucas do próprio município, alguns de regiões mais distantes e a maioria dos internos oriundos de cidades próximas. (SALLES, 2014, p. 24)

O campo de pesquisa parte do CAPS II do município, entendendo este cenário enquanto articulador dos serviços da RAPS onde circulam os acadêmicos. De acordo com dados coletados em 2019 a instituição possui 2093 prontuários, sendo 118 de moradores de Residências Terapêuticas (110 homens e 08 mulheres). O CAPS oferta acolhimento, atendimento individual, atendimento em grupos nomeados: grupo bom dia, grupo boa tarde, grupo AD (álcool e outras drogas), terapia comunitária integrativa; atendimento familiar, atendimento domiciliar, práticas expressivas e comunicativas, atenção em situações de risco e promoção da contratualidade do território.

O CAPS-Carmo, possui em seu cadastro 267 (duzentos e sessenta e sete) usuários efetivamente participando das diversas atividades oferecidas pelo dispositivo. No atendimento a esses usuários são gestados os Projetos Terapêuticos Singulares de acordo com a necessidade e propostas de cuidado sugeridas pela equipe em consonância com o usuário.

Em sua maioria os usuários são absorvidos pelas diversas terapêuticas oferecidas pelo serviço e em casos específicos, segundo a necessidade, encaminhados para ambulatório de psiquiatria ou nos casos mais graves atendimento na Emergência Psiquiátrica do Hospital Geral da localidade. Os casos levados à Emergência Psiquiátrica são acompanhados diariamente pela equipe CAPS no leito e por diversas vezes oferecido ao usuário a possibilidade de ir ao CAPS durante o dia para atividades específicas.

Com base em Souza (2011),

Considerando que as investigações no âmbito da saúde envolvem inúmeros fatores, sobretudo questões subjetivas relacionadas ao modo de vida, demandas, comportamentos e interações sociais entre os diversos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, destaca-se a importante contribuição da metodologia qualitativa para o entendimento de tais complexidades. (SOUZA et al. 2011. p. 222)

Ao longo da pesquisa, alguns atravessamentos ocorreram no campo em função da pandemia da COVID-19, sendo necessárias adaptações. Em tempo de recolhimento e de isolamento social, estratégias foram planejadas para o retorno das atividades no CAPS e do Internato.

De acordo com dados fornecidos pela Coordenação do CAPS-Carmo em março de 2020, as atividades do internato foram suspensas até julho do ano supracitado. Os serviços se organizaram para readaptação da circulação dos acadêmicos bem como para a nova rotina de trabalho.

A adequação para às atividades justifica-se pela fragilidade da maioria dos usuários no cuidado, tanto no campo psíquico/emocional quanto no campo de manutenção das necessidades básicas de alimentação; aumento dos casos de internação no Hospital Nossa Senhora do Carmo – HNSC; retorno dos atendimentos psiquiátricos pelos acadêmicos da FESO.

Para garantir a continuidade do trabalho, foram observadas as normas de segurança sanitária e restrição do número de pacientes circulando no serviço.

As Oficinas Terapêuticas passam a ser realizadas no espaço externo do serviço com número máximo de 05 (cinco) usuários por grupo de atendimento e em regime não intensivo de acordo com as necessidades e especificidades de cada usuário a ser determinado pelo técnico de referência e aprovado pela equipe.

A administração da medicação é referenciada pelo enfermeiro; o Grupo Terapêutico de Apoio aos Usuários de Álcool e Outras Drogas permanece sendo dinamizado às sextas-feiras pela equipe responsável sendo o grupo dividido em dois turnos; permanece o sistema de revezamento da equipe técnica conforme novo organograma do serviço.

As visitas domiciliares passam a ser realizadas com o máximo de segurança evitando riscos desnecessários à equipe e usuários utilizando os EPIs recomendados pela ANVISA; os acolhimentos de demanda espontânea são realizados pelo técnico de referência do dia e os demais agendados para o período da tarde, evitando aglomeração de usuários no momento dos atendimentos médicos no interior do serviço; o acompanhamento dos usuários internados no leito psiquiátrico do HNSC deverá passa a ser realizado pela enfermagem dentro da possibilidade da equipe e quando possível pelo técnico de referência do dia.

O grupo do Programa de Volta reestrutura-se com a orientação de responsáveis, usuários e curadores de forma individual pelo técnico responsável com dia e hora agendados. É previsto treinamento para equipe com técnico da área para a correta utilização e descarte dos EPIs e noções gerais sobre o COVID-19.

Tais modificações e o risco constante de contágio do vírus bem como várias intercorrências com acadêmicos positivados durante o rotatório fez com que algumas atividades passassem a ser realizadas de forma remota, como aulas, reuniões e seminários.

4.2.1.2 Etapas da Busca

Em outubro de 2019, foi feito um primeiro contato com a Secretária Municipal de Saúde e com o Coordenador do Curso de Medicina do UNIFESO para apresentação da proposta de pesquisa e solicitação de autorização para o seu desenvolvimento. Ambos autorizaram o desenvolvimento da pesquisa, colocando-se à disposição para fornecer todas as informações necessárias. O Coordenador do internato de saúde mental bem como o grupo de preceptores colaborou com as informações e solicitações para o desenvolvimento da pesquisa.

Em março, foram realizados o acompanhamento do primeiro seminário clínico e as primeiras entrevistas. No seminário há a apresentação do usuário-guia englobando questões clínicas e psiquiátricas, intervenções realizadas e propostas de projeto terapêutico singular. Como muitas das informações coletadas pelos acadêmicos não constam no prontuário de cada paciente, estes entregam como produto o trabalho impresso que é anexado ao prontuário do paciente no CAPS com o registro da linha de cuidado e sugestões de intervenção para garantia da continuidade das ações para os próximos acadêmicos bem como para própria equipe do CAPS e/ou do SAIJ.

Dos 12 acadêmicos entrevistados embora não haja pretensão de seguir carreira na área da psiquiatria, os mesmos tem consciência de que a saúde mental perpassa pelas diversas especialidades mencionadas como possibilidade de carreira. As falas coletadas durante os seminários foram registradas com a ciência da equipe de preceptores e dos alunos.

Quatro entrevistas foram realizadas antes da pandemia e as demais durante a pandemia da COVID-19. As entrevistas ocorreram entre os meses de março e setembro, sendo que este espaçamento se deu em função da pausa das atividades do internato. O tempo médio das entrevistas foi de 13 minutos, sendo que uma delas durou em torno de 29 minutos e outras três em torno de 8 minutos. As pessoas entrevistadas mostraram-se dispostas a conversar, no entanto, em algumas entrevistas, percebeu-se dificuldade de trazer elementos além dos questionados nas pautas da entrevista. Após o término das entrevistas, estas foram inteiramente transcritas.

A análise das entrevistas caminha a partir das evidências empíricas para teorização, das categorias teóricas prévias para o entendimento dos dados de realidade.

Entrevistas face a face são o método mais comum de coleta de dados qualitativos. Permitem “obter informações sobre o que as pessoas e grupos sabem, acreditam, esperam, sentem e desejam fazer, fazem ou fizeram, bem como suas justificativas ou representações a respeito desses temas. Em geral, seguem um protocolo semiestruturado, o que define os pontos principais a serem abordados pelo pesquisador, permitindo incorporar ênfases não previstas.” (AGUIAR, 2006. p. 315)

A interpretação das experiências de produção do cuidado ocorreu através das doze entrevistas e do registro de três encontros coletivos durante os seminários clínicos. O recolhimento das narrativas e demais registros serviram de base para a categorização e nucleação dos significados das práticas e vivências.

Neste sentido, conforme Minayo *apud* Brasil (2018):

Para tanto, deve-se considerar a singularidade da pessoa, porque sua subjetividade é uma manifestação da plenitude de sua vida. A experiência e a vivência ocorrem no terreno da coletividade e se contextualizam pela cultura do grupo social em que ela se insere (MINAYO, *apud* BRASIL 2018. p. 21).

Vale acrescentar que as entrevistas foram iniciadas em março e quatro acadêmicos do nono período foram entrevistados, no entanto houve uma pausa do internato em função da pandemia de COVID-19 e muitas modificações ocorreram em campo, havendo um grande divisor entre o primeiro grupo entrevistado e os dois grupos posteriores. As entrevistas ocorreram em um ambiente aberto, de forma individual e em formato de bate papo.

Algumas adaptações aconteceram para continuidade da pesquisa uma vez que o formato metodológico do internato também sofreu modificações para garantia da permanência das atividades propostas.

Em função dos impasses e incertezas do campo, da fragilização dos cenários, da suspensão das atividades coletivas no CAPS e do seminário no formato presencial, dos riscos de contaminação entre pacientes de Residências Terapêuticas (em sua maioria idosos) como também da comunidade, as entrevistas presenciais foram mantidas com alunos entre o décimo e décimo segundo período que já passaram pelo internato de saúde mental e que ainda se encontravam no processo de formação.

Antes de iniciar as entrevistas, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa autorizaram a gravação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações individuais sobre os entrevistados serão mantidas em sigilo.

As seguintes questões estão na pauta das entrevistas (Apêndice B):

- 1) **No seu entendimento, qual a função do internato de saúde mental no seu processo de formação?**

- 2) **Pontos fortes e frágeis identificados.**
- 3) **No seu percurso no internato o que mais te marcou?**
- 4) **Você teria algo a mais para dizer?**

Após a transcrição das entrevistas foi construída uma análise que conforme Minayo (2006) consiste em desvendar os núcleos de sentido que compõem a fala do entrevistado, cuja presença ou frequência demonstrem a relevância do que está sendo investigado.

Esta análise foi realizada através da leitura após transcrição das entrevistas e a identificação das questões/aspectos mais importantes, seja em função da alta frequência de aparecimento, seja pela relevância e ênfase que foi dada pelo sujeito. Em seguida, estas questões/aspectos foram agrupadas em temas com vistas a sugerir algumas pistas para formação.

Estas categorias temáticas foram compreendidas a partir de um referencial pautado por autores que trabalham as temáticas apresentadas e em pesquisas anteriores sobre a Saúde Mental do Carmo que nos oferecem suporte para dialogar com as pistas indicadas para formação médica.

Ressaltamos que os indivíduos entrevistados estão identificados com a letra E seguida dos números de 1 a 12, e a pesquisadora está identificada com a letra P.

Já nas citações durante o seminário, os casos apresentados serão numerados e os nomes apresentados com as letras iniciais, visando manter o sigilo sem perder a riqueza das histórias.

A pesquisa cumpriu com os princípios éticos e garantiu a confidencialidade dos dados sendo aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.

Pretende-se apresentar os resultados desta pesquisa por meio de um encontro amplo, incluindo o convite a professores da FESO, serviços e para comunidade como produto do trabalho e como diretriz para novas ações na rede municipal, para formação médica e para criação de novos espaços de educação permanente para as equipes que compõem os cenários a fim de garantir novas possibilidades de cuidar e reconhecer o que ainda se tem a avançar.

5 RESULTADOS

5.1 PRÁXIS, PROSAS E PISTAS

“E eu não gosto mesmo da estrada. Gosto do desvio e do desver.”

(MANOEL DE BARROS).

Este não é o final, trata-se de um convite aos profissionais, preceptores e acadêmicos para refletirem sobre os planos de cuidado, identificando conquistas, obstáculos e aspectos limitantes de modo a encontrar alternativas contextualizadas em prol de melhores práticas que vão ao encontro do usuário-cidadão, objeto de toda discussão do trabalho.

5.1.1 Em cena: a produção de conhecimento a partir dos encontros

Em março de 2020, iniciei a pesquisa de campo, com recolhimento de dados através do seminário clínico e das entrevistas, registradas no diário de campo.

O seminário, através dos discursos produzidos e da observação do pesquisador, descortina percepções e olhares sobre o paciente. Nele os estudantes externalizam o caminho percorrido para a produção do cuidado e diferentes conduções do trabalho. Já nas entrevistas os relatos aproximam-se da reflexão sobre o processo de formação no internato de saúde mental.

Através dos depoimentos dos acadêmicos é possível compreender formas singulares de aproximação com a prática, perpassando pela análise das forças dos processos criativos do fazer saúde e dos diferentes modos de ser, sentir, pensar e agir diante do inusitado.

O número de acadêmicos acompanhados durante o seminário extrapola o de entrevistados. Trata-se de um espaço para todo grupo do rotatório e mesmo com interferências, em função da pandemia, evidencia-se como produtor de conhecimento e de transformação do fazer e conceber saúde mental.

A interpretação e análise das narrativas perpassa por medidas de valor e significado ao que se deseja avaliar. A proximidade do campo como território que vivo e trabalho trazem o olhar intrínseco que construí como pulsão de vida e de relações de poder. O olhar daqui, como Assistente Social, servidora pública e trabalhadora do SUS, carrega as disputas de poder, de classe e das condições socioeconômicas que me distanciam dos entrevistados e ao mesmo tempo trazem um encantamento pela aproximação da universidade privada ao setor público.

A necessidade de distanciamento e da busca de validação de outros olhares e perspectivas devem refletir na construção de resultados por diferentes vieses. Trazer a

pluralidade da visão sobre a realidade que atravessa os acadêmicos é um desafio. O maior risco é o de reduzir verdades por um viés unilateral e não é essa a proposta ao dar voz aos sujeitos inseridos no processo de trabalho.

Abrahão (2012) reforça a não neutralidade do pesquisador e acrescenta:

Para tanto, é necessário sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido, um exercício de desinstitucionalização do prescrito. Um exercício que convoca como parte integrante do processo da pesquisa a problematização e invenção de si e do mundo. O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos. (ABRAHÃO et al., 2012, p. 134)

Com as múltiplas possibilidades de respostas às necessidades dos usuários, a abordagem dialógica e crítica sobre as narrativas traz reflexões sobre o trabalho e sobre a formação. As diferentes percepções, evidenciam o embate entre o modelo tradicional de formação, tipicamente biológica, e a proposta do currículo integrado, que desenvolve o processo de ensino-aprendizagem de maneira que os conceitos sejam apreendidos como sistema de relações de uma totalidade.

Na lógica do UNIFESO:

A estruturação do currículo integrado se caracteriza por atividades interdisciplinares que buscam desenvolver competências através da interrelação dos conceitos e organização de atividades práticas que assegurem a aprendizagem significativa. O currículo integrado permite a integração “prática e teoria”, a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações e a integração ensino-trabalho-cidadania, implicando em imediatas contribuições para usuários, serviços e comunidades. (UNIFESO, 2015, p. 4)

As inquietações dos cenários sistematizadas através do registro de memória no diário de campo tornaram possível analisar de maneira processual os discursos.

O significado do internato aparece na oralidade e na conduta durante a apresentação do Seminário, o que justifica o registro e a observação desta etapa de aprendizagem como potente instrumento de análise.

O seminário clínico é um lugar de encontro, um momento de construção e de finalização do percurso do internato em saúde mental. Nele os profissionais em formação apresentam um caso clínico chamando de usuário-guia que é referência durante o período de imersão no internato. História patológica pregressa, histórico familiar, abordagem em campo, súmula psicopatológica, hipótese diagnóstica, medicação, tratamentos prescritos e propostas de intervenção fazem parte do roteiro de apresentação para o seminário.

Algumas posturas registradas durante o seminário merecem destaque: menção à equipe dos serviços de referência do caso acompanhado; inclusão de dispositivos para além da saúde na construção do cuidado; análise do histórico do paciente ultrapassando a imediatividade das

informações; olhar sobre o comportamento e o meio em que vive o paciente; observação da relação familiar e extra familiar interferindo na relação saúde-doença são alguns exemplos.

No entanto, os atravessamentos em campo, o modo de operar, a aposta em propostas inventivas, as manifestações práticas a partir dos encontros com os moradores suscitam formas diferentes de propor saúde variando da prescrição medicamentosa como única alternativa de cuidado às intervenções sociais e familiares; da finalização de um processo à indicação de necessidade de acompanhamento a longo prazo; da não vinculação à importância da relação médico-paciente.

No primeiro seminário que acompanhei para pesquisa, em março de 2020, diferentes modos de operar cuidado sobre o mesmo campo foram registrados:

“Nada que a paciente falava era muito útil; acho que muita coisa que ela falava era mentira, estranha, parecia que estava em outro mundo”.

“Eu só tinha a visão dele, então conversei com a cuidadora sobre a necessidade do uso da medicação. Ele gosta de ser independente, acho importante preservar isso nele.”

Para avançarmos na discussão questiono: Qual o poder do discurso do paciente psiquiátrico? Há validação ou marginalização de sua narrativa?

As visitas domiciliares, as entrevistas no CAPS com o paciente e a inclusão do familiar na participação do Projeto Terapêutico Singular, o acompanhamento na consulta psiquiátrica e a articulação com a ESF para acompanhamento das questões clínicas são instrumentos importantes citados no seminário. Destaca-se a abordagem clínica para além das questões psiquiátricas que, em um dos casos, colaborou para um descarte de hipótese de câncer:

Um dos acadêmicos buscou junto ao oficinairo do CAPS as aptidões de seu usuário guia. Além disso, foi até a ESF de sua referência e comprometeu o filho da paciente no acompanhamento de sua mãe. Promoveu o ajuste da medicação (horário utilizado), agendou retorno (garantia do acompanhamento), estimulou a aprendizagem da escrita do seu nome, empoderando a mesma.

Outros acadêmicos destacam a necessidade de uma referência para a pessoa: *“ele não toma medicação há quatro meses...o delírio o define. Ele me pergunta uma forma de se livrar dele (delírio)”*. *“Sem a presença dos acadêmicos ele fica sem referência.”*

Em relação ao uso de álcool e outras drogas destaca-se: *“ele tem um laço afetivo com a bebida que me chocou, e é o que une à família.”* Ainda de acordo com esta acadêmica há uma tríade desta dependência: *“o meio que vive, o tipo de substância e o próprio indivíduo.”* E acrescenta: *“as pessoas desistem fácil dele e ele desiste de si. Precisa de uma referência.”*

O último caso registrado durante o primeiro seminário, mas não menos importante revela a importância da relação com a rede e com a rotina do paciente para entender suas necessidades. *“fui no DETRAN com ela requerer os documentos que perdeu, a acompanhei no mercado, ela super lúcida queria o produto mais barato... fiz o exame físico dela, a pesei para ter este acompanhamento pois está com 49kg”*.

O segundo seminário aconteceu durante a pandemia da COVID-19 em agosto de 2020, de forma remota com cinco alunos em cada *link* simultaneamente. Cada grupo com um professor, assim só pude acompanhar um grupo.

A primeira aluna traz preocupação com a relação familiar... *“parece que a relação deles não é muito boa e o filho tem uma diferença. O filho não demonstra nada em relação ao pai.”* Com uma abordagem ampla e um olhar para o paciente no território, o diagnóstico se tornou secundário.

A acadêmica relata *“ele internou com desnutrição e desidratação e aparentemente com um quadro de depressão profunda. O médico psiquiatra levantou uma hipótese que eu não tinha pensado sozinha.”*

Ao encontrar o sentido do trabalho no usuário, o aluno direciona o acompanhamento: *“percebi que ele trazia para a conversa o delírio... ele se abriu e senti que ele criou um vínculo, aí sim abordei a doença e a questão da droga.”*

“senti que ele gosta de estudar, conversar, ele tem sede de conhecimento sobre o delírio dele.”

Neste seminário destacam-se dois itens que quero trazer à luz: não há intervenção definitiva e, a busca de um lugar de encontro, da construção de diálogo e vínculo.

O terceiro grupo de acadêmicos findou o rotatório de saúde mental em setembro do mesmo ano. Ainda no formato de apresentação remota com a participação de cinco alunos. Como as apresentações foram concomitantes, só pude acompanhar um grupo de 5 alunos dentre os 21 deste rotatório.

Caso 1: *52 anos, branca, técnica de contabilidade com histórico de trabalho na Caixa Econômica Federal. Passou a frequentar o CAPS após reinserção familiar, indo residir na zona rural do município com um irmão. Sem renda, recém desinstitucionalizada com uma irmã também paciente do CAPS. Aos 15 anos o pai de C. saiu de casa. Aos 16 anos apresentou um quadro de transtorno, possivelmente esquizofrenia, aos 20 anos engravidou e também se registra sua primeira internação psiquiátrica.*

Preciso fazer uma pausa aqui para dizer o quanto a proximidade dos acadêmicos traz novas informações para equipe assim como transmitimos, mas há casos que nos surpreendem, eu nunca havia conseguido uma palavra da paciente além disso, possuí um filho do qual eu também não tinha conhecimento.

A aluna foi descrevendo a conversa que teve ao longo do internato com C. e relata sua observação: *“ela parecia uma criança fazendo pirraça, e eu conseguia identificar alguns xingamentos enquanto conversávamos.”*... *“Ela conversava com uma coisa que ela chama de imaginação”*. *“Falou que o filho mora com ela, mas não o vê há muito tempo.”* *“Disse que tem um filho na barriga e que as pessoas não a deixavam ter esse filho.”* *“Solicitei inclusão de neozine pois o irmão relatou que ela não dorme. Eu pedi o ajuste”*.

Depois de tantos dados para mim inusitados, a aluna coloca: *“o discurso desorganizado me impediu de manter uma conversa”*. Suas abordagens se deram em dois encontros com C. e um encontro com o irmão. E diz *“eu consegui entender melhor o que ela dizia.”*

A estudante finaliza sua apresentação e diz: *“minhas intervenções foram: acréscimo de medicação, neozine e discutir o diagnóstico”*, não se dando conta, ao meu ver, que sua maior intervenção foi a aproximação e a construção de um diálogo.

A mesma aluna relata que tinha pretensão de ser psiquiatra, mas... *“eu me apaixonei pela psiquiatria, pela teoria, mas quando cheguei aqui foi diferente. Foi amor platônico, confesso que não quero levar isso pra mim. Não gosto de atuar no CAPS, prefiro emergência psiquiátrica”*.

Caso 2: *“Aposentado desde 2003, sem filhos, ex-usuário de drogas e evangélico. Já ficou em Casa de Custódia. Apresenta delírios de grandeza, persecutórios e de cunho religioso. Na conversa o paciente pediu a retirada do haldol e um celular. Fiz busca ativa e na conversa com sua irmã conversamos sobre a possibilidade de F. ter um telefone. Ele só vê tv, parece que está entediado. Caminha duas vezes por semana. Pedi à irmã para comparecer na consulta psiquiátrica para conversar sobre a retirada do haldol e sobre a aquisição do celular. Fiquei decepcionado pois ela não compareceu e pensei que não ia conseguir fazer nada por esse paciente”*.

O aluno estudou e orientou sobre cada medicação utilizada pelo paciente referenciado, demonstrou interesse por ele, solicitou exames e levantou com a irmã a possibilidade de aquisição do celular.

Perguntei se ele havia orientado quanto ao uso do Benefício-BPC para aquisição de medicamentos ou mesmo do celular e se havia acionado algum membro da equipe e a resposta foi negativa.

Em sua fala o aluno traz: *“Carmo é uma referência em psiquiatria, dá pra ver que a população e o comércio estão preparados. Eu nem sabia que existia Residência Terapêutica”*.

Caso 3: *“ele é um paciente muito fofo, fiquei encantada, ele fez ENEM, escreve muito bem, quer cursar nutrição. Paciente estável há quase 10 anos por isso não alterei medicação”*.

Sobre os desejos do usuário: *“Ele me procurou no CAPS para me mostrar o projeto para um jornal dele, no qual pretende falar da importância da Saúde Mental. Conversamos sobre esta possibilidade e consegui uma coluna no jornal da região para meu paciente. Eu fiz um texto sobre Saúde Mental, incluí o dele e coloquei na coluna, mas ele continua com a ideia fixa de um jornal só pra ele”*.

Caso 4: *Paciente com comportamento heteroagressivo e dificuldade de se expressar.*

Acadêmica: Eu me envolvi muito com a questão da paciente. Ela estava desconfiada, apática, eu questioneei a demanda para a cuidadora, mas não havia. M. se encontrava bem e tranquila. O eixo fundamental nesse caso é a intervenção psicossocial, a farmacologia é coadjuvante. Convoquei uma reunião para elaborar o plano terapêutico.

Roteiro da reunião: Como está a dinâmica da residência? Como está a cuidadora? Precisamos trabalhar essa dinâmica. A situação pandêmica também fez com que a paciente perdesse os escapes que eram os espaços de socialização. A psicoterapia e a medicalização são coadjuvantes. Se o cuidador não está bem isso pode estar influenciando o comportamento do usuário. Não está tendo oficina no CAPS, a dinâmica da residência não está legal, a paciente nunca fez terapia ocupacional e não está indo para escola, só em uso de medicação neste momento. Deve ser feito cuidado continuado, deveria ter mais reuniões com CAPS e RTs.

Caso 5: Neste caso o que se destaca é o olhar ampliado do profissional em formação... abordagem do luto familiar, sobre uso de álcool e intervenção com a esposa do paciente. O estudante refere-se a determinantes de saúde importantes como: condição de moradia, contexto familiar, auxílio emergencial (renda) e religiosidade.

Acionou a equipe, propôs grupos e fortalecimento do contato com o CAPS como proposta de intervenção. Falou em negociação, articulações, garantia de continuidade de acompanhamento, rastreamento de patologias, triagem e teste HIV.

É fato que a pandemia trouxe modificações significativas na rede e no formato do internato, em especial para a atenção psicossocial com a suspensão dos grupos e rotina do

CAPS, no entanto através dos casos supracitados, nota-se que o campo das construções se manteve. Mesmo com o cenário de prática alterado, se é que podemos dizer que um campo de prática sofre modificações pois ele nunca é estável e rígido, uma vez que o cenário é vivo e cheio de impermanências, observa-se que os alunos estabeleceram relações com os usuários traduzidas em condutas surpreendentes. Os encontros na circulação pela rede de saúde mental, externalizados no Seminário, produzem efeitos para além do que se pode prever no usuário, na rede, na equipe e para a atuação dos futuros profissionais.

5.1.2 Decifrando as pistas: nucleação de sentidos, produção de cuidado e novas vivências

Para discussão de qualquer temática é necessária implicação tanto em relação ao trabalho quanto aos métodos utilizados para uma aproximação ao conhecimento. Levando-se em consideração que tanto o pesquisador quanto os entrevistados não se despiram de seus afetos no ato dos encontros, acompanharemos narrativas que revelam o vínculo construído no fazer profissional. Embora haja um esforço, não há, a partir do olhar do pesquisador, uma maneira de isenção diante dos atravessamentos das questões do trabalho e em relação à vida.

As leituras de mundo variam de acordo com a história de vida e perpassam pelas relações coletivas e processuais que se estabelecem no trânsito pelos cenários revelando-se nos discursos como combinaram a circulação dos afetos e as implicações produzidas durante a construção social do fazer profissional.

Vale acrescentar que trazer incertezas às minhas certezas ocorre em concomitância ao ato de me constituir enquanto pesquisadora num processo contínuo de construção e desconstrução do saber. As narrativas que trago, do acaso dos encontros, colocam em análise os acontecimentos, a produção para formação médica e a subjetivação das problematizações que chamo aqui de pistas para formação médica.

O ato de escrever traz em si um risco de silenciar acontecimentos a serem analisados e nos coloca em contato com outros. Que está escrita possa produzir rupturas, desnaturalizar solidificações e abrir novas possibilidades práticas no âmbito do trabalho em saúde mental.

A formulação das perguntas de forma abrangente para as entrevistas visou a liberdade do discurso tendo em vista o quanto o internato está “vivo” nos profissionais em formação.

A análise das entrevistas permitiu a construção de oito pistas para formação médica em saúde mental: A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS como forma de produzir saúde; A formação no SUS; Cenário de prática de saúde mental: habilidades que pedem passagem; Projeto Terapêutico Singular – PTS e a produção do encontro; O processo de

desinstitucionalização: atravessamentos no cenário prático e formativo; O cuidar e a cidade; Desmedicalização das existências; Trabalho interprofissional e O lugar do médico.

Estes campos semânticos estão longe de se fecharem em núcleos de sentidos únicos. A ideia de trazer pistas revela a incompletude desta pesquisa que busca provocar novos sentidos no leitor e na rede de cuidados.

As pistas são assim chamadas aqui por se tratarem de aproximações provisórias. Elas se misturam, sendo de difícil análise e categorização uma vez que não são categorias que se formam separadamente, elas se atravessam e são indissociáveis, se abrindo para várias dimensões dentre elas as de: gestão, cuidado e formação.

A fim de enriquecer e validar os dados desta pesquisa, busquei estudos anteriores que se remetem a saúde mental do Carmo para dialogar com os dados levantados verificando se trago algo novo em relação ao que já foi produzido neste campo.

As pistas vêm acompanhadas de eixos estruturantes que se repetem durante as entrevistas e podem dar sustentabilidade ao que buscamos analisar. Palavras são símbolos e seus significados variam em diferentes contextos. A reincidência dos termos: CAPS, crise, rede, atenção básica, internação, hospital, casa, medo, humanização, medicação, equipe, cuidador, trabalho, paciente psiquiátrico, psiquiatria, cidade, família e de verbos que sugerem ações podem revelar fundamentos para construção das pistas. Vamos a elas.

Quadro 2: Pistas e eixos estruturantes

RAPS	Rede	CAPS	Crise
Formação no SUS	Atenção Básica	Emergência	
Cenário de prática	Habilidades		
PTS	Paciente psiquiátrico		
O Processo de desinstitucionalização	Internação	Hospital	Casa
O “cuidar e a cidade”	Mudança de estigma	Humanização	
Desmedicalização das existências	Medicalização		
Trabalho interprofissional	Equipe	Papel do cuidador	
O lugar do médico	O que é importante?	Trabalho	O que mudou?

A – A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como forma de produzir saúde.

A RAPS é considerada potente na operacionalização dos serviços para a promoção do cuidado. A organização desta rede é em si um dispositivo de saúde que evidencia: o papel do CAPS como articulador desta rede, a estrutura humana e física dos SRTs, o ambulatório para

os transtornos mentais leves, os leitos psiquiátricos no Hospital Geral, o centro de convivência que funciona como espaço cada vez mais amplo e plural na oferta de atividades bem como o serviço de atenção à infância e juventude, criado especificamente para atender as demandas da população infantojuvenil do município.

Esses serviços são operacionalizados por trabalhadores que vivenciaram o processo de desinstitucionalização e/ou ao compor o trabalho foram capacitados através de parcerias com instituições de ensino.

A organização da RAPS/Carmo já foi citada em outras pesquisas. De acordo com pesquisa realizada em 2017, Abramenko et al (2017): A Rede de Saúde Mental da cidade é composta por diferentes dispositivos: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Equipe de Saúde Mental no Hospital Geral, Centro de Convivência e Centro de Atenção para Infância e Juventude. (ABRAMENKO et al, 2017. n.p.)

A atitude dos trabalhadores de saúde mental interfere na ressocialização dos pacientes, são eles que dão vida à RAPS conforme Abramenko et al (2017):

A ressocialização e a recuperação de pacientes com transtornos mentais dependem da aceitação e do estímulo dos trabalhadores de saúde, principalmente dos trabalhadores de saúde mental. Este estudo demonstrou que os trabalhadores de saúde mental do município de Carmo apresentaram atitudes preponderantemente positivas em relação aos pacientes. Esse resultado foi possivelmente influenciado pelas políticas de saúde mental implementadas nos últimos 15 anos em Carmo, que tiveram como resultado não somente a criação de novos dispositivos de atenção em saúde mental, mas, principalmente, a inclusão dos moradores do antigo hospital colônia na comunidade. Entretanto, é importante que programas educacionais continuem a ser implementados não só na cidade de Carmo, mas se estendam a outros municípios. (ABRAMENKO, et al, 2017, p. 175)

Nas entrevistas, a palavra rede apresenta-se relacionada ao tripé: rede de saúde mental, rede do Carmo e rede de atendimento com uma conotação positiva e específica da cidade. Verifica-se que muitos tiveram um primeiro contato com dispositivos da RAPS e com transtornos mentais graves através do internato.

Vejamos alguns relatos:

E1 – A organização de ter o CAPS, ter o hospital, ter o ambulatório, as residências terapêuticas também são pontos muito fortes. Eu nunca tinha visto em lugar nenhum. A gente não lê sobre, só vai descobrir isso quando chegamos no rotatório de saúde mental. O ponto frágil, acho que é muito da parte financeira que atrapalha a organização. Na teoria, era para ter uma organização mil vezes melhor e uma ajuda mil vezes melhor para os pacientes. Vemos que não é de interesse da prefeitura, estado e governo federal investir em outros lugares.

Inclusive, a gente vê que no Carmo tem um investimento bom, porém quando vamos para nossas cidades, a gente vê que falta investimento.

E3 – A articulação do serviço de saúde mental foi o que mais me marcou. Como é bem articulado! Vocês estão tentando, de todas as formas, melhorar toda a vida do paciente. Todo mundo sabe onde mora fulano, onda mora ciclano. Claro que isso é bom porque a cidade é muito pequena, então você consegue fazer isso. Vai ver se você consegue fazer isso no Rio de Janeiro, em Duque de Caxias, que é gigante. Aqui é cidade pequena, ajuda nisso, só que vocês se esforçam bastante. Aqui as pessoas se esforçam bastante para ter um serviço bem articulado.

E10 – Ponto forte foi o nosso primeiro contato em saúde mental, com diversas patologias que a gente nunca teve contato: esquizofrenia, bipolaridade, depressões e ansiedades mais graves. Também teve uma estrutura de saúde mental que a gente nunca teve contato como o CAPS e Residência Terapêutica. Participamos do Censo Clínico¹, no Hospício de Três Rios, para desospitalização dos pacientes que eram tratados de forma diferente do que vemos em Carmo, que é humanizado, onde os pacientes são tratados de forma mais singular. O CAPS destaca-se entre os dispositivos da RAPS, apontado repetidamente nas entrevistas como referência para o usuário, suporte para Residência Terapêutica e equipes da RAPS. Além de ser mencionado como local de possibilidades terapêuticas, discussão de casos e onde o usuário circula.

E6 – Na Atenção Básica o contato com o paciente psiquiátrico é muito difícil. Muitos tem até medo, receio do contado, da abordagem e acaba que quem tem que fazer tudo é o psiquiatra do CAPS e são muitos pacientes, todos precisam de muita atenção, muitos não tem suporte da família.

E12 – Pontos fortes foi porque Carmo está em outro nível com relação a saúde mental do País. Eles têm as Residências Terapêuticas, o CAPS, é muito bem organizado, é muito diferente do que vemos em outros lugares. A fortaleza começa na parte diferenciada que eles têm e apesar de estar na psiquiatria, você passa por várias áreas dentro da psiquiatria. Você

¹ Sobre o censo clínico: Após recomendação do Ministério Público para intervir no Manicômio em Três Rios, município do estado do Rio de Janeiro, a SES em parceria com o UNIFESO, realizou Censo Clínico para avaliar as condições de vida dos pacientes internados e buscar efetivar, a partir dos dados levantados, a reinserção familiar, em RTs e em moradias assistidas. Os alunos do UNIFESO que estavam percorrendo o rotatório de saúde mental neste período, tiveram a oportunidade de verificar como vivem as pessoas internadas e ainda puderam dialogar com as equipes dos CAPS de referência buscando meios de articular o retorno ao convívio social. Disponível em: <http://www.mprj.mp.br/web/guest/home/-/detalhe-noticia/visualizar/105104>. Acesso em: 20 set. 2021.

fica um pouco na emergência. Você vê o CAPS, que é uma parte mais de conversa, até mais uma parte com a psicologia, que é muito importante.

E7 – Parece que eles conseguiram montar um sistema que funciona tão bem de todos os lados, como se fosse uma cobertura para todo buraco. Um ambulatório para fazer um acompanhamento mais especializado e o CAPS para uma atividade.

Incluo aqui o eixo crise como consequência da organização da RAPS, onde poucos acadêmicos o citam e quando aparece, está relacionado ao não contato com pacientes em crise nesse cenário em função da regularidade dos atendimentos, acompanhamento e tratamento contínuo... *“não haviam pacientes em crise, encontram-se em tratamento e estáveis”*.

P – Porque você acha que não atendeu nenhum paciente em surto?

E10 – Acho que é porque os pacientes são acompanhados de forma regular. Então, é muito difícil um paciente surtar. Porque ele sempre está sendo visto por psiquiatra, passando por acompanhamento. Apesar que teve uns, que com os meus colegas, que surtaram, mas eu não estava presente.

E11 – Vemos muito mais surtos em uma cidade que não tem tratamento para pessoas com problemas mentais, do que em Carmo e se botarmos em proporção, em Carmo temos muito mais doido do que achamos e você passa e nem percebe que eles são pacientes psiquiátricos.

E11 – Eu já vi paciente aqui em Teresópolis ter surto e foram vários pacientes e o médico falava que tentavam mandar para o CAPS. Porém, por ser longe, os pacientes não iam. No Carmo, a gente não via isso porque tinha apoio. Eles estão no CAPS, estão na residência terapêutica! Tem aulas que os mantém ocupados e cursos. Eu lembro, que o meu paciente da RT fazia capoeira, teatro, ia na igreja, andava todo dia, comprava pão para todas as RTs possíveis. Inclusive, ele era o paciente segurança porque outro paciente todo dia falava que ia me esfaquear e eu falava não tem faca aqui pra você pegar e ele não deixava o outro paciente continuar.

B – A formação no SUS: encontros e fluxos existenciais

O SUS é considerado cenário rico de prática, de produção e de transformação para formação médica. Merece destaque, dentro deste contexto, a percepção da Emergência e Atenção Básica como possibilidades de atuação após a formação.

A Atenção Básica é compreendida como referência para transtornos mentais em crescimento, como local de demanda e de atenção em saúde mental. No entanto, para alguns não é local referência para pessoas com transtornos graves. Vejamos:

E3 – Cada dia que passa temos mais contato com as doenças psiquiátricas. E a gente vai lidar com isso na emergência, que é uma porta que todo mundo vai passar, E vai lidar também na atenção básica, após a formação. Então, eu peguei mesmo como uma experiência, sabe? Para eu conseguir desenvolver no futuro. Mas, também, tem outro lado, que é o lado depressivo. A gente vê quadros aqui muito típicos, que a gente não vê tanto na atenção básica, entendeu? Por exemplo, de bipolaridade (...) ou esquizofrênico, que a gente vê mais no ambulatório de psiquiatria. Eu não vou fazer psiquiatria. Então, na atenção básica, a gente não encontra tantos pacientes esquizofrênicos, assim.

E6 – A prática é muito importante. A gente estudou psiquiatria no quarto período. Mas, nada como colocar a mão na massa e ter o contato com o paciente com doença mental para ter uma ideia de como é a prática no dia a dia. Até porque a demanda na UBS de saúde mental é muito grande. Foi bem produtivo no quesito de ver o dia a dia, do uso de medicações.

Há uma percepção sobre a necessidade de vincular os pacientes psiquiátricos à Atenção Básica uma vez que esta oferece possibilidades terapêuticas para as questões clínicas interferindo também na melhora do quadro psiquiátrico.

P – Você acha que os pacientes com transtorno mental de uma maneira geral demandavam intervenção clínica?

E6 – Muitos não tem autonomia. Muitos não entendem que tem que ter um acompanhamento. Muitos tem comorbidades associadas, diabetes, hipertensão e eu acho que se eles fossem acompanhados pela UBS de referência ajudaria muito, até para a melhora clínica do quadro psiquiátrico.

O SUS mostra-se como cenário de prática amplo, de maneira peculiar com suas diferentes áreas para formação dentre elas a de saúde mental como uma demanda em crescimento. A experiência no internato de saúde mental sugere um olhar diferenciado nos atendimentos de emergência conforme citado nas entrevistas bem como suscita importância da rede, ampliando as possibilidades terapêuticas.

Segundo Franco (2007):

O SUS, pela dimensão e amplitude que tem, a capilaridade social e a diversidade tecnológica presente nas práticas dos trabalhadores, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um lugar privilegiado

para o ensino e aprendizagem, especialmente os lugares de produção da saúde, o "chão de fábrica" do SUS, lugar rico de ação criativa dos trabalhadores e usuários. Educar "no" e "para o" trabalho é o pressuposto da proposta de Educação Permanente em Saúde. No SUS, os lugares de produção de cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários. (FRANCO, 2007. n.p.)

E7 – Depois que a gente forma, o primeiro emprego é a emergência. Sempre tem paciente psiquiátrico em pronto socorro. O contato com Carmo ajuda bastante nisso.

E8 – Na formação como médico clínico geral, o mais importante é que se percorra por todas as áreas e a saúde mental, é uma área que tem crescido bastante a demanda de atendimentos. Os pacientes com distúrbios mentais, crises de ansiedade, vão parar na porta de entrada e esse cenário é muito importante para abrir a mente dos alunos, futuros médicos.

E11 – A passagem pelo saúde mental é importante, pois não temos tanto acesso como matéria. Porém, temos acesso na nossa vida real! Quando estamos na atenção básica, estamos atendendo a saúde mental. Quando estamos em uma UPA, mesmo que seja no rotatório de cirurgia, vemos pacientes que dependem da nossa formação em saúde mental. Essa passagem que tivemos, é muito importante até em outras faculdades, como temos de exemplo, porque a gente vivencia uma coisa mais intensa, do que simplesmente um ou dois atendimentos como a gente vê em outras faculdades, a gente vivencia um mês e vê uma realidade completamente diferente da que a gente tá acostumada.

“Carmo, principalmente, leva a gente para essa realidade de não ter o paciente psiquiátrico como a pior das opções, nem como se ele fosse um dependente de alguém a vida inteira. Tem muita gente, que trata o paciente de saúde mental como se ele não servisse para nada. Em Carmo vemos que não é isso, que eles podem ter até uma vida normal. Carmo é muito bom”.

C – Cenário de prática de saúde mental: habilidades que pedem passagem.

Não fica clara, a distinção entre os conceitos de saúde mental e psiquiatria na percepção dos acadêmicos. Os termos parecem serem reduzidos a um. A palavra psiquiatria se repete nas entrevistas como área complexa e ainda desconhecida, abstrata, desconfortável com pouca familiaridade pelos profissionais em formação.

Para Cavalcante (2019):

Uma opção seria colocarmos sempre os dois termos juntos (Psiquiatria/SM), apontando para uma diferenciação e indicando que um termo não é igual ou substituto do outro, mas que, ao mesmo tempo, pertencem a um campo

comum de conhecimento e de práticas. Outra opção seria simplesmente separarmos os dois termos, referindo-se à Psiquiatria como o núcleo de saber que reconhece e trata dos transtornos mentais, enquanto a SM se refere à ausência desses transtornos e à possibilidade de um equilíbrio e de um enfrentamento de novas situações, estando mais voltada para o campo da prevenção e promoção da saúde. (CAVALCANTE, 2019, p. 5)

Para desconstruir este estranhamento, algumas habilidades pedem passagem no campo da saúde mental. Os acadêmicos expõem alguns sentidos que se destacam sobre o cuidado dentre outras ações necessárias para diminuir o distanciamento neste cenário.

Olhar e escuta diferenciados: *“Percebi que a melhor intervenção seria ouvi-la”;* *“Ele não queria conversar, eu não quis forçar”;* *“A gente começa a olhar com outros olhos essa especialidade”;* *“O internato traz um olhar diferenciado em relação ao olhar clínico”;* *“Humanizar esse olhar”;* *“Eu tinha uma visão que eram pessoas agressivas”;* *“Uma das coisas mais importantes é escutar bastante eles”.*

Construção de diálogo, comunicação: *“Sempre procuro buscar algo para conversar”;* *“Consegui conversar, eles foram bem comunicativos”;* *“Eles precisavam conversar, precisavam de apoio”;* *“Aprender a entrar na conversa deles”.*

Entender especificidades: *“O que o paciente está passando”;* *“Sobre as doenças e os fármacos”;* *“A situação dele, como melhorar o tratamento”;* *“A patologia, as dificuldades que aquela pessoa passa”;* *“O lado do outro”;* *“Como é o pensamento”.*

Saber lidar através da experiência: *“Saber lidar numa consulta com esse tipo de patologia”;* *“identificar quando encaminhar”;* *“eu aprendi bastante a lidar com os pacientes”;* *“eu acho que saberia lidar melhor do que nos primeiros dias”;* *“saber lidar para consultas mais eficazes”.*

Aprender na e com a rede de saúde mental: *“Sobre psiquiatria”;* *“O que o paciente está passando”;* *“O caminho pra conquistar o paciente”;* *“A guiar a consulta”;* *“Vendo os pacientes psiquiátricos”;* *“Junto com a proposta de saúde mental”.*

Conforme Abrahão *et al.* (2012):

Como no seu nomadismo o usuário abre novas redes de cuidado que constrói para fora do próprio sistema de saúde, às vezes, para vencer barreiras não facilmente visíveis, procurou-se associar outras estratégias de investigação não tão tradicionais, que procuram apreender a construção dos fluxos existências, elementos que pertencem imanentemente ao território da produção da vida em si do próprio usuário. (ABRAHÃO, 2012, p. 136)

A construção de novas redes de cuidado provocadas pelo contato com o usuário com transtorno mental estabelece diferentes percepções sobre psiquiatria/SM. Vejamos:

E1 – Eu acho que tenho que aprender de tudo um pouco. Até porque, eu tenho que formar para um médico de pediatria e a psiquiatria é uma parte importante da medicina. Então, eu acho que é por isso que eu estou aqui para aprender um pouco mais de sobre psiquiatria. Além do mais, pelo o que a gente estudou, a gente não pegou muita parte da prática na psiquiatria, foi muito mais livro e acho que ajudou muito, demais mesmo nessa parte prática mesmo. Acho a psiquiatria uma área muito complexa. Assim, muito complicada. Eu gosto muito da parte da fisiopatologia e não ter uma parte da fisiopatologia muito certinha das coisas, me incomoda um pouco.

P – Você se sentiu desconfortável?

E1 – É um pouco desconfortável, por não ter esta fisiopatologia tão certinha. Mas é uma área muito importante da medicina. Como eu falei eu gosto de saber o porquê as coisas acontecem certo. Por exemplo, as próprias psicoses, como a esquizofrenia, tipo, não se sabe ao certo qual que é, olhei num livro, tem várias... Muitas possibilidades e não tem uma certa ainda. Então, me incomoda um pouco.

E1 – Eu acho importante saber o diagnóstico. Mas eu acho que em psiquiatria, pelo menos o que a gente está passando aqui, não dá para diagnosticar apenas em uma consulta. Não estou indo com este foco; eu vou tentar aprender e entender o que o paciente está passando.

P – Pontos fortes e frágeis que você identificou aqui no cenário?

E1 – Ponto forte é a prática da psiquiatria, isso é muito importante. Eu também gosto desta parte social, da inserção social que a gente tem na comunidade aqui, nas residências terapêuticas e de aprender um pouco também como funciona.

“Fragilidade é não conseguir diagnosticar numa só consulta. De poder ser vários diagnósticos e não ter alguma coisa fixa não para diagnosticar de uma vez só; dar o remédio e falar: ‘esse remédio vai funcionar sempre’. Isso me incomoda, de não saber o que causou aquilo lá. Ir testando, me incomoda. Mas, eu acho importante em saber e levar para minha prática”.

P – No seu entendimento, qual a função do internato de saúde mental no seu processo de formação?

E2 – Pra mim o internato de saúde mental foi importante para abrir à mente, para uma especialidade que a gente não tem muito contato durante a formação clínica. Aprender a ter um pouquinho mais de prática, numa área que a gente não tem muito contato, porque tem até um pouco de receio, “né”. É sempre mal vista por muitos alunos e tem gente que não gosta mesmo da saúde mental. Mas, com o internato, a gente consegue ver a aplicação dela no dia a dia do clínico mesmo e, pelo o que eu pretendo seguir, também consigo achar aplicabilidade da saúde mental na especialidade, das outras especialidades. Então, eu acho que é isso e aproximar o contato do aluno mesmo que ele não queira seguir saúde mental, a o que ele precisa saber, entendeu?... Então, acho que é isso...

P – Você acha que deveria ter mais tempo?

E2 – Acho que sim, por mais que eu não goste de saúde mental pois não é uma área que eu tenho afinidade ou pretendo seguir, acho que, quando a gente está começando a entender melhor sobre as doenças, dos fármacos a gente tem que ir embora. Então esse é um pronto frágil porque a gente precisa ter aula pra poder aprender também “né”.

E3 – Eu acho que umas das coisas mais importantes é escutar bastante eles, sabe? Parece que eles desabafam com a gente, sabe? já vi muitos pacientes chorarem na sala com a gente.

P – Você acha que eles não aparecem na atenção básica? Ainda não são atendidos pela atenção básica?

E3 – Não, eles aparecem, óbvio! Eles têm a vida orgânica deles, é o óbvio! Só que parece que aqui é sequência, “né”? Então você vê gente muito, muito ruim assim, sabe? A gente vê pessoas que eu fico chocada. O problema social deles é enorme.

P – Você acha que isso interfere?

E3 – Demais. O problema social dele é muito maior. Eu imagino para a família, sabe?

E3 – Eu acho que a gente poderia ter um olhar clínico também e não só social com eles, porque a gente fica num olhar social e não enxerga que eles têm patologias orgânicas que estão ali na cara da gente.

P – Vocês não fizeram este tipo de intervenção?

E3 – Eu fiz todas as intervenções orgânicas. Todas, todas, todas. Só que eu percebo que muitos querem que a gente faça só o lado social entendeu, a gente está sendo, assim, muito puxado pelo lado social e não pelo lado mais orgânico, entendeu?

E3 – A gente não consegue avançar porque o paciente que vai para uma clínica médica, ele fala: tô com uma dor aqui, sou hipertenso, sou diabético sou isso, sou aquilo outro e ponto final. Entendeu? Agora o paciente psiquiátrico toma remédio? Tomo não. O senhor é doente? Sou não. O que senhor tem? Tenho nada não. Não tem consciência da doença. Não tem consciência de nada, nada. De nenhuma doença, nem da doença psiquiátrica, nenhuma doença. Então a gente sente muito dificuldade para mostrar para ele o que ele tem.

E5 – Vou ser repetitiva, mas o que mais me marcou foi a questão de enxergar a humanidade das pessoas por trás das doenças que elas tinham, porque até na minha apresentação final que foi com esse paciente de RT eu falei que na minha última consulta eu vi quem ele era, sem a doença que ele tinha. Enxergar que ali tem uma pessoa, tem uma história por trás daquela doença toda, que infelizmente faz um véu, ela camufla quem a pessoa é, enxergar que mesmo por trás de tanto delírio, de alucinação, realmente tinha uma pessoa que precisava de um amparo maior do que a gente ter medo, maior do que a gente se afastar mesmo, porque uma coisa que as pessoas fazem, elas se afastam, elas tem muito medo, foi humanizar esse olhar que realmente eu não tinha e só conseguir por lá. Ponto forte é a visão mais próxima e humana dos pacientes, porque isto ajuda muito no atendimento, entender a patologia, entender as dificuldades que aquela pessoa passa para você conseguir fazer um

atendimento bom, eficaz, para mim foi o ponto mais importante, saber lidar para fazer consultas mais eficazes.

E6 – Eu acompanhei a consulta que ele teve, a filha chegou depois da consulta, mas ela muito solícita, tudo que era passado acatava. Eu cheguei até telefonar para a filha para passar algumas questões a respeito de seu pai, e você vê que o CAPS foi muito importante, até mesmo pela questão de alimentação. Eu fui na casa dele e é realmente muito precária, a outra preceptora que chegou a ir comigo, chegou a falar que ele se alimentava só de mingau de fubá e depois que ele foi para o CAPS acabou sendo um suporte em todos os quesitos para ele.

E6 – Ele é um paciente que se dá muito bem com todos os usuários, ele é tranquilo, gosta de conversar, gosta das atividades, eu joguei dominó com ele, você percebe que ele adora as dinâmicas antes do café da manhã, na abertura ele sempre está presente, mas ele não frequentava todos os dias, ele ia ao CAPS três vezes na semana.

E7 – Passar por Carmo mudou bastante minha forma de pensar, o meu olhar, principalmente a parte de transtorno depressivo, eu tinha um pouco de resistência, como eu não tinha contato próximo com casos de depressão, eu tinha um pouco de receio em até que ponto seria um drama ou algo do tipo. Eu vi no cenário de Carmo o quanto que a gente ajuda, o quanto é sério isso pois tinha paciente com tentativa de autoextermínio e esses casos mostraram a extensão dos transtornos psiquiátricos. Eu por exemplo, nunca tinha presenciado, isso mudou bastante o meu ponto de vista.

P – Quais os pontos fortes e frágeis que você identificou no seu percurso em Carmo?

E8 – Ponto forte eu achei uma gama de pacientes para conhecermos os casos, não temos contatos com todos, porém os vemos na Residência Terapêutica. A parte mais interessante foi que os conheci mais profundamente através do jogo de dominó, eu ia jogando e os conhecendo.

E8 – Temos que ir de acordo com o paciente para colhermos o máximo possível, uso isso até no meu consultório. Sempre procuro buscar algo para conversar com o paciente quando ele é mais introspectivo. Na hora do jogo do dominó o paciente ia se soltando, criando confiança em mim, com isso conseguimos colher dados mais limpos.

P – No seu percurso, o que mais te marcou? O que você pode trazer para sua formação ou para sua vida?

E8 – O que me marcou bastante foi a minha paciente fora da residência, ela é um caso totalmente diferente, um caso que eu não tinha contato de uma paciente que era transexual. Ela passava por vários processos, foi um enigma para mim, a princípio eu tomei um choque... pensei em trocar de paciente. A paciente tinha tentado pôr fim à própria vida, quadro depressivo, o caso dela me fez pensar mais sobre a depressão. A paciente também tinha um transtorno envolvendo a família pois o pai não a aceitava da forma que a mesma se via. Foi aberto um leque de possibilidades para ajudar a cliente.

E9 – A saúde mental é uma parte primária do atendimento, na faculdade a gente vê muito pouco, foi uma experiência incrível a que a gente teve no internato em Carmo. Eu aprendi bastante a como lidar com os pacientes, mexeu com o meu psicológico, me tornou mais humano.

E9 – Desse contato com o paciente eu aprendi o que eu deveria ter falado, o que eu não deveria ter falado, é um contato que é único, cada paciente tem sua abordagem única e foram aprendizados muito consistentes na saúde mental.

P – Como foi para você ir na casa do paciente? Estar junto?

E9 – Ir na casa do paciente eu já fui no primeiro e segundo período que a gente foi incluído na atenção básica, e lá eu fui na casa da S., é um lugar que a gente fica meio receoso pois vamos sozinhos, ficamos com medo de ficar retraído e comigo a paciente foi super receptiva, eles chegaram com braços abertos pra gente (...) a casa era bem bagunçada, mas era o ambiente dela. Carmo foi uma experiência muito boa para a gente como acadêmico, com certeza mexeu no coração de cada um, tornou o aluno mais humano, foi uma experiência incrível, inclusive com relação a medicamento que vimos na faculdade porem de forma teórica, na prática quando vemos os medicamentos fixamos melhor o ensino.

E10 – Eu nunca tive contato com saúde mental então para mim foi impactante ver pacientes desse tipo, a gente tinha uma ideia totalmente diferente da normalidade que a gente costuma conversar, eles deliram, tem pensamentos diferentes e a gente tem que aprender a entrar na conversa deles para entender como que é o pensamento, isso foi difícil para mim porque eu nunca tive contato. Com o tempo em Carmo eu comecei a ter um olhar diferente, comecei a me acostumar com o jeito deles e poder entrar na conversa, são vários e eles são diferentes do que a sociedade é, eles vivem no mundo deles.

E11 – Eu tive uma relação muito boa, fui muito bem recebida e a gente conversava não só com o nosso paciente guia, a gente ia aos encontros, eles sabiam nossos nomes, a gente sentava pra dançar, pra desenhar, para fazer o que fosse com eles, levava música, o grupo teve muita oportunidade de conviver com esses pacientes juntos.

E11 – Uma coisa que eu achei muito importante, parar para ouvir, porque quando eu percebi que a melhor intervenção seria ouvi-la, entender, falar com a família dela, falar com o genro dela foi quando ela começou a confiar em mim. Eu liguei para a filha dela e falei, eu preciso que você me conte o que você precisa que eu faça pela sua mãe, porque eu não consigo fazer nada, ela não me diz nada. E foi quando a paciente criou confiança em mim. A paciente precisava ter confiança em mim para me contar as coisas melhor. Eu consegui fazer ela entender que as pessoas perseguem ela e não vão parar de perseguir porque tá na cabeça dela, mas que ela tinha que simplesmente ignorar.

E11 – Na ultima semana a paciente falou para mim, eu vi o P. (que era uma das pessoas que perseguia ela e era o pior para ela) e ele nem olhou pra mim, aí eu falei é porque ele tem mais o que fazer da vida dele. Você tem que parar de olhar para ele, se você não fizer contato visual, você não vai nem saber para onde ele está olhando, eu tive que entrar um pouco na loucura dela de acreditar, porque eu andava com ela na rua e não tinha ninguém. Ela falava você está vendo, eu falava estou.”

E12 – Eu tinha uma visão da psiquiatria muito abstrata, o tipo de paciente me incomodava, eu não tinha muita paciência para ficar ouvindo e lá eu comecei a ver de uma outra maneira. Admito que alguns pacientes não são o tipo de pacientes que eu gosto, exemplo pacientes com esquizofrenia. Eu já gosto mais de pacientes que eu talvez vou ver na minha área que são pacientes com depressão, com ansiedade e essa parte que eu vivi eu gostei muito porque aqui na faculdade eu tenho uma amiga muito próxima, ela teve uma crise de ansiedade muito forte e eu ajudei muito ela

E12 – Eu não lembro qual era a doença, lembro que quando a gente conversou com ele eu não vi nada absurdo. Um dia eu passei pela cirurgia no hospital e ele estava internado na ortopedia, eu passei, olhei para ele e falei eu o conheço de algum lugar. Fiquei conversando com ele um bom tempo, ele tinha caído de moto e ia precisar fazer cirurgia. Ele lembrou de dois amigos meus que fizeram o atendimento, foi muito legal pois foi uma paciente que eu conversei muito e tivemos uma boa relação. Como vimos que ele era adolescente, começamos a falar um linguajar mais dele. Começamos a brincar com ele como se a gente fosse um adolescente também.

E12 – O paciente psiquiátrico realmente tem uma doença, tem transtorno, falta de neurotransmissores, excesso. Eu já fui mais desarmado pois já tinha estudado as patologias, o que mudou a minha visão da psiquiatria foi que aprendemos a abordagem com o paciente com essas patologias. A gente não sabia como fazer essa abordagem. Tinha um afastamento desse paciente, quando eu comecei a conversar, comecei a estudar sobre os medicamentos. Se você pegar o meu primeiro atendimento no CAPS até o último dia é totalmente diferente até mesmo o jeito que eu olhava para ele. Ficávamos com medo de conversar com paciente de esquizofrenia e no final era natural como se eu tivesse atendendo em uma clínica médica. Achei muito bom, me mudou completamente.

E12 – Eu espero que a faculdade nunca perca esse cenário, ela não pode perder de jeito nenhum porque é um cenário muito rico... é uma área que você sai da sua zona de conforto.

D – Projeto Terapêutico Singular – PTS: Produção de existências no território.

A mudança da percepção sobre o paciente psiquiátrico pode ser um importante aliado na construção do plano de cuidado que praticamente não foi citado nas entrevistas. O Projeto Terapêutico Singular apresenta-se de forma direta apenas nos discursos durante o seminário.

Vejamos como eles entendem o “paciente psiquiátrico”:

E11 – O paciente P. é a prova de que o paciente psiquiátrico pode ter uma vida normal. Eu fui a aula de musica dele e de teatro e eu fiquei olhando e vi que coisa legal, ele mostrava os desenhos, vídeos, vemos que eles podem ter uma vida normal, ele não fala, ele toma muito remédio e você via que os remédios controlavam ele, eu tentei até diminuir um porém me arrependi ele começou a parar de fazer as coisas, próximo grupo eu falei pra voltar o remédio pois a gente se comunicou entre os grupos. Uma semana depois do remédio na dose de antes ele retornou as atividades, ele fazia de tudo, até cozinhar, ele fez bolo para mim, comprava sorvete.

O termo paciente psiquiátrico se repete associado a possibilidades no território: “Ele pode sair, ir na praça”; “Ele tem o CAPS”; “pode ser inserido, ter vida social”; “consegue ser normal, ser independente”; “tem dificuldade de comunicação”. Tal associação paciente psiquiátrico – território – rede de atenção são capazes de sugerir Projetos Terapêuticos singulares efetivos uma vez que nas palavras de Honorato e Pinheiro (2008): “A reinserção social depende da vida cotidiana na cidade, no que se apresenta como oportunidade, na qual a atenção e a curiosidade do profissional procuram brechas.”

Já para Cerqueira (apud Pinheiro, 2007), os planos de cuidado têm relação com responsabilidade partilhada conforme descreve:

Tomar o ensino e o ato da assistência como sinônimos de construção de planos de cuidado, há de se reconhecer os vários mapas de cuidado que são produzidos e se colocam em disputa na arena pública entre profissionais, professores, alunos, usuários, famílias, instituições. Trabalhar reconhecendo que esses planos de cuidado, muitas vezes em disputa, falam e reconhecem a existência de muitos saberes sobre os sujeitos: o saber tradicional, o saber científico, o saber legitimado, o senso comum. Esse reconhecimento abre espaço para contratualizar e criar espaços intercessores, espaços estes que, ao se ocuparem de todos os personagens protagonistas dos planos de cuidados, geram novos espaços movidos por uma tomada de responsabilidade partilhada. A idéia é que o reconhecimento do cuidado, como um território múltiplo que fala de várias conformações, recuse o atual modelo tecnoassistencial profissional-centrado. (CERQUEIRA apud PINHEIRO et al, 2007, p. 203).

Os acadêmicos observaram e avaliaram: medicação em uso; questões como vulnerabilidade social incidindo sobre possibilidades terapêuticas; suporte familiar; demandas clínicas e psiquiátricas; importância do acompanhamento e embora reflitam sobre uma linha de cuidado não mencionam o termo PTS.

E6 – O meu usuário estava inserido no CAPS já há um bom tempo, ele frequentava todos os dias, tomava café no CAPS, ele tinha muita dificuldade financeira e via-se que ele já passou muita fome, tinha sua filha que acompanhava mas ele mora com o irmão que também tem saúde mental debilitada e com ele foi bem legal porque ele conversa bem e o que eu fiz de intervenção foi que sua pressão estava alta, eu ajudei a ajustar as medicamentos de pressão, em questão do tratamento do que ele tinha de psiquiátrico, já estava bem ajustada a medicação e o paciente fazia o uso correto.

E6 – Isso é um ponto que entra como fragilidade também, pois as vezes o trabalho que a gente faz nem sempre vai ser seguido, porque a gente vai embora então não tem como realmente acompanhar se o paciente está tomando as medicações de uso contínuo, no caso do meu paciente era de hipertensão e assim eu percebo que cada aluno que entra tem uma intervenção diferente.

E10 – Acho que ele merece ser bem visto por um psiquiatra e ser inserido na sociedade novamente, ter a família por perto, tentar inserir na vida novamente. Ele não é um paciente grave, apenas possui leves delírios, é uma pessoa comum como as outras, ele merece ter o acompanhamento da família e da sociedade.

E – Os atravessamentos do processo de desinstitucionalização no cenário prático e formativo.

O processo de desinstitucionalização é intrínseco ao trabalho da rede em Carmo, a peculiaridade das práticas não exclui tal incidência sobre os processos formativos. O território de prática de saúde mental em Carmo é um território de desinstitucionalização, mas como ela interfere no percurso de formação dos médicos?

Segundo Cerqueira (2007) que participou do processo de intervenção no município:

A história, fio que conduz às reflexões deste ensaio, inicia-se em 2001 com alguns estranhamentos e várias questões. O cenário era o antigo Hospital Estadual Psiquiátrico Teixeira Brandão; a ação, uma visita técnica da Assessoria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Naquela manhã de quarta-feira começava o processo de desinstitucionalização da engenhoca manicomial. Para além dos imensos pavilhões e jardins que ofuscavam os olhos, pela beleza e tradição da arquitetura colonial, estavam lá os habitantes daquele lugar: pacientes, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, clínicos gerais, fonoaudiólogos, dentistas, médicos sanitaristas, administradores, auxiliares de limpeza e funcionários administrativos. Ao todo, cerca de 680 pessoas circulavam e habitavam aquele espaço microcosmo, bucólico, mas que encerrava uma estrutura e modos de funcionar panópticas.¹ No hospital essa lógica se aplicava por meio dos muros concretos, mas também daqueles invisibilizados, instituindo lugares físicos, mas, sobretudo, sociais e restringindo os espaços de circulação de todos. (CERQUEIRA apud PINHEIRO et al, 2007, p. 189)

O cenário de abandono se manteve até 2001 quando a Secretaria Estadual de Saúde iniciou o processo de intervenção no HETB, com a saída de 280 pacientes do hospital para a comunidade.

O sucesso deste processo conforme Honorato e Pinheiro (2008) se devem a alguns fatores, vejamos:

Um dos fatores que sustentam a inserção social dos ex-pacientes do HETB em Carmo é seu empoderamento como consumidores dos bens produzidos, a começar pelo impacto na área imobiliária, com o grande número de casas alugadas. Depois, pelo quantitativo de mão-de-obra que emprega, na função de cuidadores. Por último, mas não menos importante, os próprios moradores e os benefícios financeiros que recebem (como a bolsa-auxílio do Programa de Volta pra Casa, do governo federal, para pacientes desinstitucionalizados, e que pode ser acumulada com um benefício do LOAS ou do INSS, por exemplo). De fato, é enorme o volume de capital que o projeto coloca em circulação. Alguns indicadores: no início do projeto, era difícil conseguir proprietários que se dispusessem a alugar os imóveis para a prefeitura; atualmente, os gestores são procurados pelos proprietários que oferecem os imóveis. Outro: o relato de que os moradores têm crédito liberado no comércio local, face à estabilidade de sua renda. Lojas de eletrodomésticos, vendedores de seguro, taxistas: através das relações comerciais se dá uma boa parte do trabalho de inserção social. O consumo é, assim, oportunidade para o relacionamento. (HONORATO; PINHEIRO, 2008, p. 371)

Os pacientes se tornaram um capital político e financeiro para gerar economia com o fechamento do hospital, no entanto há algo que que extrapola a ordem do capital, vazando na ordem das relações.

Nas entrevistas a desinstitucionalização transpassa as narrativas e a palavra “hospital” aparece em referência ao hospital colônia e em alusão aos leitos psiquiátricos.

Já internação apresenta-se como crítica ao modelo manicomial e de reclusão, do questionamento da redução das possibilidades como pessoa e do papel da família: “*ficar internado muito tempo não é bom*”; “*no hospício os pacientes pareciam que eram internados e esquecidos*”; “*eram apenas chamados de loucos*”; “*esquecidos pelos filhos, ficavam em más condições de higiene*”.

Em contrapartida caracterizam a casa em suas condições estruturais e humanas, como estratégia de intervenção e de aproximação, como lugar de suporte familiar, como possibilidade terapêutica e de construção de autonomia e identidade. *A família aparece na sua complexidade como apoio ou reforço ao abandono.*

Na compreensão dos acadêmicos:

E3 – Normalmente quando você está num ambiente de casa você tem a família. E a família na maioria das vezes, entende essa situação. Só que existem pessoas também que são muito humildes que não entendem isso. Que acha que é falta de porrada, que é falta de várias coisas ou que é espiritual.

Muitos declaram os estigmas no tocante ao paciente psiquiátrico associados à marginalização e ao medo desta aproximação até o contato com o hospital colônia, com as Residências Terapêuticas, a relação do louco com a cidade e do encontro com essas pessoas.

E3 – Eu acho que como medica em formação é muito importante este cenário de saúde mental, porque hoje virou muito mais do que apenas uma doença marginalizada como era antigamente. Os esquizofrênicos sempre foram marginalizados e a gente sabe que hoje existem possibilidades. Tem coisas que a gente sabe que pode fazer para ele se inserir na sociedade e isso aqui é bem feito.

E5 – Foi muito interessante, porque eu realmente antes desse cenário de Carmo eu não tinha muita consciência dessa questão da institucionalização dos pacientes que ficam internados muito tempo, do quanto que isso não é bom para eles, eu realmente achava que se eles realmente são um perigo, que era melhor deixar eles reclusos e tudo, e depois que eu fui para o Hospício de Três Rios eu me senti muito mal pela situação que as pessoas estavam vivendo, pessoas que tinham ansiedade, transtorno de depressão, muitos eram etilistas, eles eram colocados naquela situação por anos e acabam desenvolvendo por conta do próprio cenário um piora da sua patologia e até mesmo novas patologias, então aquilo para mim só mostrou o quanto a institucionalização dessa forma a longo prazo, os pacientes sem ter nenhum

sentido com um único objetivo é uma prisão, só sendo uma prisão não faz sentido nenhum, não é terapêutico é só redução de danos da sociedade.

E5 – Tirava aquilo ali, não lidava com aquele problema e botava lá, isto me chocou muito. A gente dentro daquele senso tinha que encaminhar para residência, voltar a ter contato com a família. Eu não tinha tido contato com a residência ainda, então eu não sabia o que era, sabia como funcionava porque já tinha tido uma aula, mas eu não sabia como era exatamente, então quando a gente foi para Carmo que eu vi como era, eu lembro que isso era uma coisa do grupo, eu falava: Gente, a gente tem que botar eles aqui porque isso aqui é maravilhoso, eles precisam ficar aqui, eles vão ficar muito melhores, a gente lembrava daqueles pacientes de Três Rios e ficava imaginando eles ali, eu lembro que em Três Rios muitas histórias me deixaram muito mal, eu cheguei em casa assim, realmente pesada, porque tinha umas histórias de uma senhora que ela simplesmente estava ali há 40 anos só porque ela era etilista, e ela não lembrava o porquê de estar lá, aquilo ficou na minha cabeça de uma forma muito séria, realmente essa comparação só reafirmou para mim o quanto aquilo estava errado e o certo é deixar os pacientes no tratamento mais liberal, mais humano.

P – Você atendeu somente os pacientes da Residência Terapêutica?

E3 – Não. Só que isso me fez ver como que era o hospital psiquiátrico. Porque a gente não tem muito contato. Então os relatos que eles contam pra gente que era um ambiente hostil demais e a gente fica chocado. Eles me contaram que quando eles ficavam em lugares que não dava nem para se mexer. Que tinham que fazer as necessidades todas no chão. Que eles tinham que ficar sentados, deitados, porque o ambiente era tão pequeno que não tinha como eles ficarem em outras posições. É sofrido demais. Achei muito complicado, muito pesado. Veio um peso emocional muito grande.

O medo dos acadêmicos está relacionado: ao receio de atender sozinho, das pessoas com distúrbio, ao sentimento de desamparo e de conversar com paciente psiquiátrico.

E5 – Pra mim, foi importante para conseguir ter um contato mais íntimo com as pessoas que tinham algum tipo de doença mental, porque assim, de forma geral sem ser no contexto médico, eu tinha medo das pessoas que tem algum tipo de distúrbio mental e que as vezes a gente acha que vai ter muitos moradores de rua que estão nessa situação, ou até mesmo alguém mais próximo que se envolvia, eu realmente tinha medo, tinha uma visão que eram pessoas mais agressivas, que eram pessoas perigosas para mim e quando eu cheguei lá eu consegui ter uma visão mais humana dessas pessoas, consegui enxergar elas sem, não só vendo a doença mas como pessoas mesmo, era uma coisa que eu não sentia antes e principalmente

também a questão de saber lidar numa consulta com esse tipo de patologia, porque é muito diferente, a questão da anamnese, de você colher uma história, tudo isso no contexto da psiquiatria é totalmente diferente, você não consegue fazer aquele checklist que a gente faz normalmente, o paciente tem respostas e... é outro tipo de dinâmica, aprender a lidar com essa dinâmica para mim foi o mais enriquecedor, eu me sinto muito mais segura se chegar um paciente que tem um tipo de doença mental hoje em dia do que eu sentia antes de passar pelo internato.

A insegurança, a apreensão em se aproximar dos moradores desinstitucionalizados, de pessoas que viveram em manicômios, condicionadas pela lógica do hospício vai se desfazendo à medida que entendem como viviam, observam as mudanças com o processo de reinserção social, vislumbram a cidade como possibilidade de cuidado para o louco, provocando o repensar de conceitos que caminham para mudanças de paradigmas. De paciente para pessoa, do tratamento hostil para possibilidades inerentes a condição humana.

E2 – O único cenário que eu me senti sozinha foi na residência terapêutica que a gente vai sem companhia de outro estudante, é... eu fiquei completamente perdida lá, mas foi no primeiro momento.

P – Como você conseguiu trilhar um caminho lá dentro?

E2 – Primeiro respirei fundo porque eu fiquei muito nervosa, pois foi um impacto muito grande, logo na primeira semana, no primeiro dia, ai me bota numa casa e um casa, que eu considero muito difícil, que todos os pacientes vieram da colônia, e todos eles um comportamento muito característico da colônia, então acabou que isso dificulta muito o trabalho dos cuidadores, então isso me impactou na hora, e ai fiquei sem saber o que fazer, se eu ia atender a todos ou se eu ia atender só o meu paciente.

E3 – É muito complicado porque aqui são outros tipos de paciente também. Porque a gente lida com as pessoas que são da colônia, “né”, então são pacientes que eram da colônia, no caso, e que agora são das residências terapêuticas. São pacientes que a gente não vai lidar mais. Porque tende a morrer, todos eles estão muitos velhos, então daqui a um tempo não vai mais existir estes pacientes porque não existem mais hospitais psiquiátricos, praticamente, “né”. Então a gente estará lidando com outro público.

E7 – A residência terapêutica eu achei uma coisa incrível que a princípio eu tinha achado que as fazendas eram ótimas, eu gosto muito de mato, eles falavam que eles ficavam nas fazendas, só depois que eu fui entender que nas fazendas eles não estavam ali para serem

tratados, eles estavam ali para serem escondidos, eles começaram a contar que você acordava 5 horas da manhã para tomar banho, você não tem autonomia para nada.

P – No seu percurso o que mais te marcou? Teve alguma cena? Alguma conversa? Ou de forma geral teve algo que te marcou que você traz para a vida? Para a sua profissão?

E10 – O que me marcou mesmo foi o Censo Clínico em Três Rios, os pacientes de lá, igual o paciente que era um radiologista internado que foi esquecido pelos filhos, estava em más condições, usando roupas velhas, rasgadas, estavam em condições de higiene aceitável, porém era um paciente totalmente esquecido, a família não vinha visitá-lo. Isso me marcou muito porque ele tem a mesma profissão que eu, tratou pessoas e agora foi esquecido pela família, por todo mundo. Isso prova que ninguém tá livre de um dia passar por uma situação dessa.

E11 – O paciente que está em Carmo teve uma oportunidade que outros pacientes não tiveram e o que está em Carmo as vezes não chegou a cometer algo a ponto de ir para um presídio. Talvez essa melhor divulgação de que a psiquiatria pode te ajudar, de que não é coisa de doido, de que ninguém vai te trancar.

E11 – O paciente não deve ser visto como um prisioneiro, como um animal que é isso que a sociedade vê de um paciente psiquiátrico e é até difícil quando a gente comenta falando que pessoa tem problema psiquiátrico e a pessoa responde, claro que não, fulano é normal. E lá no Carmo a gente vê que as pessoas são normais, com problemas psiquiátricos. Acho que isso muda muito a nossa vida pra tudo, que a gente não precisa trancar o paciente psiquiátrico, ele consegue ser independente sozinho, alguns trabalham e muito bem, mas precisam de ajuda.

F – O cuidar e a cidade

A circulação na cidade aparece no percurso formativo. A vida invade a existência, ampliando as possibilidades de cuidado, estendendo a saúde a todos os setores da vida. A relação do aluno com os pacientes durante o internato dá acesso a um novo olhar sobre a cidade, de um outro lugar, na perspectiva das necessidades do usuário, a cidade passa a ser vista como território de cuidado pelas relações estabelecidas no convívio com o louco, mas também rica em experiências cotidianas que passam a ser encaradas como possibilidades terapêuticas como: tomar um sorvete, ir ao mercado e ao Detran e comprar pão na padaria.

Essas nuances, por vezes imperceptíveis, são entendidas por Pinheiro e Guljor:

Não podemos falar de necessidades sem considerar que estas estão voltadas para a produção de vida, para a potencialização do sujeito, de seu modo de andar a vida. Assim, a participação do usuário se coloca a partir de uma transformação no modo de a sociedade conviver com o diferente. A compreensão de suas nuances só é possível através da aproximação com sua realidade cotidiana, da desconstrução dos estigmas de incapacidade. Por fim, de se estabelecer uma nova ética – solidária em essência – em que o outro (louco) tem o que dizer sobre si e não apenas é descrito de forma padronizada por uma ciência que o percebe como um conjunto de sinais e sintomas que seguem inexoravelmente um curso único. (PINHEIRO; GULJOR, 2007, p.87)

E7 – O paciente psiquiátrico pode sair, pode ir na praça tomar um sorvete sozinho, dependendo do nível de doença que o paciente tem, ele pode fazer isso. Eu achei isso absurdamente incrível porque em uma cidade maior, eles não vão ter esse tipo de autonomia nem em uma cidade que não tem esse tipo de apoio onde todo mundo se conhece, se ele precisar ir em algum tipo de ambulatório tem um pronto socorro que tem gente especializada em atender um paciente psiquiátrico, tem o CAPS que ele pode fazer atividade se estiver entediado na residência, eu achei que é um lugar de muito apoio para esse tipo de paciente em particular.

O cuidar em liberdade potencializa o que se tem e busca dar acesso ao que ainda não se tem. Nas palavras de Abrahão:

Os intercessores se constituem como interferências, artifícios que incitam a diferenciação de elementos, saberes e acontecimentos, que deslocam e desacomodam outros planos nas relações de saber-poder, desterritorializando-os, criando novos territórios e modos de existência. Ativam potências do ainda impensável, do clínico com o não clínico, da saúde com a não saúde e novos conceitos e problemas são produzidos nestes agenciamentos. Um intercessor produz movimento para a descoberta, para o não saber. Parte-se do que se tem, do que se sabe para o que não se tem, o que não se sabe, como, por exemplo, sustentar novas formas de cuidar em liberdade. (ABRAHÃO et al, 2012 p. 141)

A cidade é reconhecida como recurso tão importante que se repete 22 vezes e Carmo 44 vezes durante as entrevistas. Revela-se como preparada, mobilizada para saúde mental, como ponto forte do internato, como local propício ao aprendizado e para formação.

Assim, Carmo surge associada a humanização do atendimento, investimento, oportunidade, como possibilidade de mudança do olhar sobre o louco, com conotação positiva. A cidade está na ordem do inusitado, os pacientes estão entre os moradores e à medida que circulam em todos os dispositivos: farmácia, mercado, escola, praça, igreja confundem os acadêmicos que mesmo que queiram não conseguem identificar o louco na cidade.

O acesso à cidade permite a construção de trocas e segundo Abramenko et al.:

Para que um processo de desinstitucionalização psiquiátrica seja bem-sucedido, é preciso a existência de alguns elementos-chave: estabelecimento

de uma comunidade compreensiva que ofereça suporte; ambiente que permita a troca de experiência da população com os pacientes; respeito aos direitos dos pacientes como cidadãos; uma comunidade que não discrimine. O pré-requisito para estabelecimento de serviços de cuidado na comunidade é ter uma população que cuide. (ABRAMENKO et al, 2017, p. 175).

Alguns relatos reforçam a singularidade da cidade:

E2 – A própria cidade do Carmo já é uma cidade muito bem preparada “né”, pra isso pra saúde mental, então é são coisas que tem aqui que não tem em Teresópolis onde a gente faz a faculdade, então aqui tem CAPS que funciona bem, tem hospital com leitos psiquiátricos que tem atenção do psiquiátricos que tem atenção do psiquiatra mês é... que todo mundo parece que a cidade toda se mobiliza para saúde mental então a gente vê que, as cuidadoras das residências terapêuticas, são também muito preocupadas com os pacientes “né” e... com o cuidado deles, se acontece alguma coisinha com eles, elas já ficam logo preocupadas vão falar com agente, então eu acho que a própria cidade já é um forte pro cenário da saúde mental do internato.

E2 – A cidade possibilita ter esse, esse aprendizado maior “né”, porque a rede de saúde mental funciona aqui, então a gente começa a olhar com outros olhos esse, essa especialidade, é frágil eu acho que a ente com muito pouco preparado pro internato de saúde mental, ainda pra gente que foi o primeiro cenário que a gente teve contato, é... a gente não teve muitas aulas, a gente foi, teve isso no 4º período, então acaba que até chegar agora, a gente não teve nenhuma revisão, em muito pouco tempo aqui, até falei isso lá.

E3 – Parece que a cidade toda está preparada para lidar com essas pessoas, os pacientes psiquiátricos. Coisas que a gente não vê na maioria das cidades. Aqui as assistentes sociais, os enfermeiros, todo mundo da uma atenção igual para esse paciente, sabe? Tipo, Não existe o enfermeiro que somente aplica a injeção, não. O enfermeiro é assistente social, o médico é assistente social, é... todo mundo cursa com todas as profissões. Isso é uma coisa bem integrada. Isso é um ponto forte que, assim, que casou bem aqui no Carmo. Deu certo.

E7 – Eu espero que não acabe o que aconteceu em Carmo, porque muita gente vai para lá só para descansar ou acha que é ruim, mas por mais que a pessoa vá só para descansar pelo menos um pouco de contato com a saúde mental ela teve, o que tem lá só tem lá, eu acho que é a única oportunidade de ver o que acontece lá, essa coisa de um paciente psiquiátrico de uma casa, cada um com sua autonomia, podendo sair, podendo voltar ou ir para a casa deles.

E11 – Os amigos de outra faculdade quando a gente fala que vai para o Carmo eles não tem noção do que é a psiquiatria, porque eles têm noção de ambulatório de psiquiatria, nem uma residência terapêutica eles têm noção. Conversei com um amigo de outra faculdade

e perguntei para ele como é psiquiatria ele disse que não tem área prática da psiquiatria. Ele disse que psiquiatria é o que vê no posto, chegando suicidas. Aí eu falei e disse que psiquiatria não é só suicídio. Eu tenho uma amiga que quer ser psiquiatra e todo dia eu mandava um relato do meu dia para ela, ela se perguntava porque não fez a faculdade da FESO. Todos os professores sabem muito de psiquiatria

P – Quais os pontos fortes e as fragilidades que você identificou?

E11 – O primeiro ponto forte é exatamente o de ver como o paciente é tratado em Carmo, ele é visto como um ser humano que tem um problema psiquiátrico que deve ser tratado da melhor maneira possível, ele não é tratado como um animal, a ida na fazenda serve muito para a gente ver que não era a muito tempo atrás se pararmos para pensar, vemos que isso acontece em alguns lugares e vemos que tem como o paciente psiquiátrico ser inserido, ter uma vida social como qualquer outro paciente, isso é o ponto mais forte para mim.

E12 – Na relação de passar pela área de saúde mental, temos uma experiência muito vaga no quarto período, não temos uma parte prática, vamos para o CAPS, conversamos com o Argolo, porém é muito pouco para o que a gente vê. Por causa do Carmo a faculdade de Teresópolis é muito rica na área de saúde mental. É uma experiência muito boa para se ver a área da psiquiatria.

G – Desmedicalização: desconstrução de uma prática tradicional médica

A medicação aparece na dicotomia: como possibilidade terapêutica e como forma de aprisionar e conter os pacientes. Alguns mencionam a negociação da medicação com o usuário, associada à importância do registro dos fármacos nos prontuários. Sob a perspectiva de intervenção de diferentes condutas médicas, alguns discursos se apresentam:

E2 – No primeiro dia eu estava completamente perdida, sem saber o que fazer pra ajudar e por onde começar... e como abordar mesmo o paciente, e agora ter pelo menos uma prática, por é muito pouco tempo pra você ter prática, dizer que você saber fazer, mas eu tenho mais noção de como abordar, é os cinco minutos que você precisa cativar o paciente para você e não sobre a doença dele “né”... que eu acho que esse tratamento é mais importante do que ao farmacológico, isso que me marcou mais.

Para Melo (2008):

Criticar a medicação parece muito fácil, propor a desmedicalização é, sem dúvida, polêmico. Sugiro, portanto, subjetivar, ou seja, tratar não apenas da doença, mas cuidar, acolher a quem sofre; humanizar o atendimento,

acompanhar o contexto em que o paciente está inserido e buscar, de alguma forma, intervir, talvez na dimensão familiar ou laboral, para que haja uma melhora significativa do paciente. Podemos propor mudanças no funcionamento institucional e principalmente das concepções clínicas, afirmando uma clínica que visa o sujeito. (MELO, 2008, p. 6)

E6 – Eu acho que o mais importante são as aulas, você precisa relembrar tudo que você viu, tudo que precisa aplicar em termos da medicina mesmo, de psicofármacos e tudo mais e a questão de ter o contato como médico mesmo, em consulta, em prescrição, isso é o que acaba sendo mais produtivo no internato e o que me dá mais segurança, pois quanto mais você pratica, mais você fica confiante, nas RTs você até tem uma intervenção mas é um trabalho mais de terapia do que de intervenção médica porque é diferente quanto estamos passando a receita e quando estamos na casinha dele, conversando com ele.

E7 – Eu acho que é difícil você recuperar pessoas que passaram tanto tempo presas. Tem pacientes que tem certos comportamentos que a gente não entende muito bem, que achamos que é só o comportamento psiquiátrico dele, mas na verdade é um comportamento que ele adquiriu na fazenda por ser submetido a tantos processos que ele não podia escolher, ele não tinha autonomia nenhuma. Ele ficar encolhidinho na hora do banho, enfim você recuperar essas pessoas que passaram 30 anos nesse tipo de coisa é muito difícil se não quase impossível, mas não custa tentar e se ele responder ele consegue recuperar pelo menos um pouquinho da autonomia e da alegria dele de viver.

E7 – Eu imagino que uma pessoa que não tem o direito de escolha não deve ser muito feliz. Hoje eu tô com vontade de comer um sorvete, não posso sair para tomar um sorvete, não deve ser algo muito bom. E às vezes ele nem sabe que pode sair para tomar um sorvete, porque ficou vivendo tanto tempo na regra de outra pessoa que ele não tem mais esse tipo de desejo.

E9 – Eu tinha algum receio, pensava que todo mundo era doido, que eles se agrediam. Mas eu vi que não era assim, que a maioria das pessoas eram controladas com medicamento, com assistência integral a saúde, todos tinham assistência quando a patologia psiquiátrica e outras doenças de base como diabetes, hipertensão.

E9 – Na RT, todos os pacientes tinham uma “fichinha” e todos os medicamentos eram anotados na “fichinha”, tudo muito organizado, tinha consultas marcadas periodicamente, todos os pacientes eram muito bem acompanhados. Eu pensei que todo mundo era doido e na verdade não era, era gente que podíamos nos comunicar, todo mundo conversava direitinho.

P – Como foi seu olhar sobre o hospício em Três Rios e depois chegar em Carmo, como isso te impactou?

E10 – No hospício os pacientes pareciam que eram internados e esquecidos até pela família, pois a família não conseguia lidar, eles não eram tratados de forma correta, as vezes usavam medicamentos acima da dose, eles ficavam dopados o dia inteiro, os mesmos não tinham identidade, eram apenas chamados de loucos, ficavam internados, passavam-se os dias, iam sendo esquecidos, ficavam em más condições de higiene, dormiam mal, não eram tratados de forma correta, de forma mais humana. Em Carmo os pacientes eram tratados da forma correta, tinham suas vidas, conseguiam andar pelas ruas, interagir com outras pessoas, se alimentavam, faziam atividades como desenho, faziam rodas de conversa, faziam diversas atividades para passar o tempo, para melhorar sua cognição. Os médicos eram bastante humanizados, tratavam de forma que o paciente não ficasse muito dopado, fazendo assim com que o paciente fosse integrado na sociedade.

E11 – Já aconteceu de eu estar na UPA, chegar uma paciente e falar que tomou um monte de remédio e eu olhei para a menina e vi que ela não tomou nada, ela falou que tentou se matar, mas sem marcas, quando eu comecei a pressionar eu vi que ela não era uma paciente psiquiátrica e isso é uma coisa que você só vai aprender vendo pacientes psiquiátricos. Eu disse para ela que já que ela tomou tanto remédio há pouco tempo a gente precisava tirar o remédio, aí ela respondeu que é só um comprimido e que já tinha tomado outras vezes, eu falei que não, que teria de retirar a sonda. Expliquei a ela como que era o procedimento e perguntei novamente a ela se ela tinha tomado, ela disse que não tomou o remédio.

P – Quais os cenários que você achou mais interessante ter passado?

E12 – Gostei muito da residência terapêutica pois eu nunca tinha visto, nem sabia que existia antes de ir para Carmo, para mim em filme ou até sempre vimos o hospital psiquiátrico eu nem sabia que existia residência terapêutica. E quando eu entrei e vi como funciona eu falei cara, era para ser tudo assim. Hospital psiquiátrico não faz sentido, a residência terapêutica é o melhor tratamento disparado.

H – Trabalho interprofissional

No tocante a palavra equipe e outras que remetiam ao trabalho horizontal, interprofissional, a questão é levantada pela pesquisadora, talvez por ser este um incômodo que me atravessa como profissional de saúde, componente de equipes onde o médico mantém um certo distanciamento.

Honorato e Pinheiro entende o trabalho em saúde mental da seguinte forma:

O trabalho clínico do profissional de saúde mental é também um trabalho político, no sentido arendtiano, já que cuidar é estimular negociações que permitam uma ampliação da normatividade (conceito derivado de Canguilhem). A própria constituição da equipe multiprofissional é um modo político de articulação, no qual os sujeitos e seus saberes interagem e se transversalizam. (HONORATO; PINHEIRO, 2008, p. 377)

Os estudantes trouxeram com mais naturalidade a relação com os cuidadores das RTS onde não havia a presença do médico nem de outros profissionais de nível superior. Um número considerável cita o cuidador como suporte e apoio aos internos médicos. Demonstram o papel fundamental nas RTS desses profissionais através de suas experiências.

Em relação aos cuidadores, Honorato e Pinheiro já haviam identificado a representatividade desta categoria profissional:

Há uma série de procedimentos que constroem o saber-fazer dos cuidadores: o jeito de corpo que o trabalhador desenvolve para realizar a tarefa. Identificamos no trabalho dos serviços residenciais terapêuticos de Carmo um repertório de ações que os profissionais utilizam de acordo com as situações e que configuram uma técnica pessoal, enriquecida e posta em ação na experiência cotidiana. (HONORATO E PINHEIRO, 2008, p. 372)

Nas palavras dos entrevistados a relação com os cuidadores de RTs destaca-se:

E2 – As próprias cuidadoras foram me orientando, falou essa aqui e a pastinha desse, essa aqui e a pastinha desse, esse aqui não fala muito, esse aqui fala, esse é mais tranquilo. Foram me orientando, e aí até hoje as coisas, que demandam deles são as cuidadoras que me passam.

P – Você recorreu a alguém para lhe auxiliar? Como foi essa intervenção?

E5 – Sim, antes de ir, o coordenador tinha me falado da situação, falou que era mais difícil, que ele tinha começado e que qualquer coisa o cuidador estava ali e que ele iria me ajudar, e foi isso que eu fiz. No primeiro dia que ele estava bem agressivo, não queria conversar, falava muito alto, falava que não queria falar de jeito nenhum, o que eu fiz foi tentar chamar o cuidador, que era uma pessoa que ele tinha mais proteção e era um homem que era uma questão importante para esse paciente. Eu chamei esse cuidador, ele ficava comigo e ele

ficava meio que intermediando essa minha conversa, ele perguntava, puxada determinado assunto, acabava que o paciente se empolgava com determinado assunto e através disso eu consegui colher uma anamnese, colher os aspectos da doença dele. Isto tudo foi por meio do cuidador.

E5 – Foi muito estranho, eu já sabia que ele era uma paciente difícil até porque era a minha segunda abordagem com ele, a primeira foi difícil mas o cuidador estava comigo o tempo todo, ele estava mais calmo, o paciente sentou na mesa e conversou, ele tinha uma estrutura familiar paranoide muito forte, toda a história dele era dentro dos delírios, das alucinações que ele tinha, quando foi no segundo dia eu estava muito focada em tentar conseguir mais da parte clínica dele, porque eu via que ele tinha uma deformidade no ombro e o paciente já estava muito irritado quando eu cheguei, ele disse que não queria falar, que não queria falar com ninguém, ele fala palavrão, ele xingou tudo quanto foi nome, e aí uma hora ele foi para atrás da casa e eu fui atrás dele, de longe eu falei o nome dele e falei: “Vamos conversar um pouco para eu entender um pouco mais o senhor”, ele pegou a vassoura e levantou e falou: “Sai daqui”, eu pedi calma ao paciente e o cuidador já chegou.

E5 – A partir daquele momento eu percebi que ele não queria conversar comigo, eu não quis forçar pois percebi que seria uma situação que era iria ficar mais estressado, ele podia até criar mesmo um delírio em cima da minha presença. Primeiro eu me senti insegura, pois foi uma situação que eu fiquei com medo mesmo e segundo me senti desamparada, talvez se tivesse alguém comigo a pessoa conseguiria lidar com aquela situação de forma melhor, pois é uma pessoa que já lidou com aquilo, eu nunca tinha lidado.

E5 – E o ponto frágil para mim talvez foi a questão da residência terapêutica, eu sentia falta dentro da residência terapêutica de ter alguém, um psiquiatra, ou um psicólogo, alguém que seja mais da área, mais parte medica para lidar com esse paciente. Muitas das vezes eu ficava na dúvida em relação a um medicamento, até em relação mesmo a próprio curso da anamnese e eu só tinha o cuidador. Como íamos sozinhos eu senti um pouco dessa falta, no outro dia eu devia buscar o CAPS, falar com o psiquiatra, falar com o psicólogo, mais aí não estava mais naquele momento e esses pacientes é muito do momento, tem que aproveitar aquele momento ali que ele está falando que pode ser que ele não volte a falar mais aquilo e então eu sentia falta dessa presença do psiquiatra, psicólogo, dentro das residências para eu conseguir fazer um trabalho mais médico mesmo.

P – Quais os pontos fortes e frágeis que você identificou circulando pelos cenários, qual a fragilidade do internato de saúde mental em Carmo e qual a fortaleza que você identifica no cenário?

E6 – Bom, eu acho que o fato de a gente ficar meio solto, sem uma rotina muito certinha, digo de acompanhamento médico, o trabalho social é muito rico, o contato que temos com os pacientes. Mas, eu acho que acompanhar a consulta foi o mais enriquecedor para mim, como fortaleza o laboratório com o Argolo foi bem produtivo porque ele colocava a gente para atender, depois ele vinha e conversava sobre medicação, conversava de novo com o paciente, eu vi que é muito importante esse cuidado de deixar o paciente falar e tudo mais, isso eu coloco como fortaleza, os cenários de prática mesmo, como fragilidade eu acho que a pousada é muito longe das coisas e estava muito quente lá, mas em termos de aprendizado mesmo, eu acredito que nas RTs é difícil pois como não temos preceptor é só cuidadora e nem toda cuidadora tem a mesma disponibilidade de ajudar, eu me senti meio que incomodando pois já tem a rotina certa da RT e a gente chega lá, a gente examina, mas nem sempre a gente pode ter contato com todas as consultas de todos os pacientes, temos que focar em um só é meio complicado.

P – Você se sentiu incomodada de ter que focar em um único usuário de uma residência onde tinham outros pacientes que também precisavam do seu olhar?

E6 – Sim, é mais ou menos isso que eu quero dizer, pois acho que nem sempre ter que fazer um trabalho para apresentar é mais produtivo do que você ter uma visão geral de sentar e falar, olha esse paciente está precisando disso, disso, até mesmo para orientar as cuidadoras.

E6 – A relação com a equipe CAPS volta-se predominantemente ao médico. Talvez porque aqui encontram o preceptor médico.

P – Você acionou algum técnico do CAPS que já conhece o paciente para poder acionar o paciente?

Sim, o meu paciente se abriu mais pra mim depois que eu falei com o enfermeiro.

P – Você chegou a recorrer à equipe?

E5 – Como o meu paciente, era um paciente muito novo e tinha essa questão da dificuldade de colher a anamnese por conta da personalidade dele no momento, eu tive que recorrer muito ao prontuário dele no CAPS. Eu falava para o psiquiatra, com a psicóloga do CAPS, com o preceptor e eu conseguia ter acesso aos prontuários e até mesmo a história que as pessoas já sabiam dele. A Conversa com a psicóloga e com as próprias enfermeiras do

CAPS, foram mais proveitosas do que o prontuário, porque eles sabiam exatamente onde aquele paciente tinha ficado, qual era a história, onde que a família dele estava, porque acaba que o prontuário tem muita informação técnica, o que ele usou quando ficou internado, o que é ótimo porque eu também precisava disso, porém como era uma paciente novo, eu precisava muito saber quem era a família dele, como ele tinha começado a história e isso eu consegui muito mais com a conversa das pessoas do que necessariamente com o prontuário.

E5 – Quando eu estava dentro do cenário com o paciente me sentia sozinha, eu não me sentia sozinha dentro do CAPS, na residência terapêutica no meu caso que era um paciente muito difícil eu sentia dificuldade de alguém que fosse mais especializado comigo. Até por conta da insegurança, teve uma vez que o paciente realmente ficou muito bravo, e ele veio com uma vassoura para cima de mim, o cuidador estava lá, me ajudou ainda mais, se tivesse alguém ali, acho que teria uma abordagem melhor, porque eu tive de ir embora, ele estava super irritado comigo, eu tive de pegar minhas coisas e ir embora.

P – Você articulou com a equipe? Deixou isso acordado?

E6 – Eu deixei com a familiar, e expliquei qual era o posto de saúde que o paciente usuário tinha que frequentar porque ele precisa desse acompanhamento clínico e o diagnóstico dele foi por um trauma e precisa do acompanhamento com o neurologista, o meu usuário era um que algum tempo não vinha sendo usuário guia dos alunos, mas o que eu via é que tinha muitos usuários que acabava repetindo e às vezes nem tinha muita intervenção para ser feita ali, isso eu achei que acabou entrando como uma fragilidade.

E7 – A preceptora me levou na residência que também era longe, ela ajudou bastante nessa coisa de percurso, me mostrou a família, é bem difícil você entrar na casa de uma pessoa, principalmente o paciente psiquiátrico que não vai se abrir com você, não é em duas visitas ou 3 que você vai conseguir a confiança dele para ele te contar, confiar em você. A preceptora foi comigo algumas vezes, entrou, me mostrou, falou para o paciente quem eu era porque eles já a conhecem então eles confiam mais nela.

P – Você conseguiu conversar com a equipe sobre o caso dela?

E11 – Consegui, e aí foi quando a equipe falou para mim, ela vai girar a chavinha daqui a pouco. Porque ela chegava para mim e conversa comigo sobre mestrado e eu falava gente, ela não tem nada. Quando ela virou a chavinha e a equipe falou comigo, viu? Aí eu falei gente, agora eu entendi, ela precisava confiar em mim para começar a me contar as coisas de verdade. E foi o que o pessoal falava, ela finge, ela tem noção da doença dela. Tanto que ela

chegava e falava, Oi, eu sou esquizofrênica. No meu primeiro dia ela me disse seu nome e falou que era esquizofrênica, eu fiquei em choque, ela tinha totalmente a noção da doença dela, a filha dela é enfermeira especializada em saúde mental e o genro dela é psiquiatra, ela tem muita noção, ela falava coisa e eu perguntava gente, eu nem sei disso.

Sabemos que o trato a loucura não se dá sem a interdisciplinaridade. O ato do cuidado é construído com outros, com não médicos, no entanto a figura médica é uma referência marcante quando se trata de conceitos pré-estabelecidos como pertencente a esta classe profissional.

E8 – Acionei o médico que atende no CAPS nós discutimos as medicações que não estavam ajustadas, após tivemos a conversa com os preceptores.

E8 – Falei com o médico e passei para toda a equipe, porém como era uma paciente lúcida, orientada ela não tinha a necessidade de ir para o CAPS. Foi feito encaminhamento para a psicóloga.

E6 – Eu acho que hoje eu já teria capacidade de fazer uma sumula ou pelo menos um resumo do que o paciente vem apresentando, claro que associando com a anamnese clínica mesmo dele para encaminhar, porque muitos acredito que vou poder tratar, mas no caso do CAPS que tem transtornos esquizofrenia, bipolaridade, eu confiaria mais em um profissional especializado que é o psiquiatra do que tratar por conta própria, eu diria que o acompanhamento depois que ele for na consulta psiquiátrica, renovação de receitas e até mesmo ter o cuidado com esse paciente e ver ele além de clinicamente, ver como ele está evoluindo na medicação e ao tratamento

E6 – As aulas de sùmula psicopatológica e de psicopatologia foram muito importantes porque eu sou uma aluna que precisa muito da teoria, eu sou mais do tradicional do que do PBL e até porque a gente viu no 4 período psiquiatria, então foi extremamente importante rever todos os conceitos na hora de aplicar com o paciente e foi legal.

P – O que mais te marcou no seu percurso no internato?

E6 – O contato com os pacientes esquizofrênicos, que a gente não vê no dia a dia ou o paciente bipolar descompensado, eu tive a oportunidade de acompanhar uma consulta com a m irmã da c, a C. fugiu do CAPS, estava completamente descompensada, falando coisas e respondendo de maneira, foi bem enriquecedor para na aula de sumula psiquiátrica o preceptor estava junto e a gente usou o exemplo prático de como a gente caracterizava a anamnese dele na sumula e a gente presenciou delírio, foi bem produtivo nesse quesito.

P – E como foi sua intervenção?

E6 – Ela foi usuário guia de um outro amigo e ele acompanhou a consulta psiquiátrica dela com o próprio médico do CAPS e aí ele ajustou a medicação e estava esperando uma melhora, porque eu lembro que o interno anterior a esse meu amigo fez mais a parte clínica, levou ela em um cardiologista, depois que ela descompensou dessa maneira.

P – Qual o cenário mais marcante pra você?

E4 – Foi a aula no CAPS que a gente foi atendendo os pacientes e logo em seguida a gente foi fazendo sumula, comentando sobre os pacientes, as medicações dos pacientes, pois quando a gente vê os pacientes na prática e tem uma aula teórica sobre esses pacientes, acho que consolida mais.

Honorato 2008 traz que:

Considerar o louco em sua relação com a cultura e a sociedade implica ampliar o ângulo de visão do homem, percebendo as limitações de qualquer ação individual e nos impulsionando a buscar a participação de outros atores. Entender e intervir na dinâmica das relações do louco com a família, com a comunidade, com a justiça ou com a saúde é trabalho para muitos, trabalho para uma equipe. (HONORATO; PINHEIRO, 2008, p. 362)

H – O lugar do médico

Três eixos são acionados para refletir sobre o lugar do médico no trabalho em saúde mental: a percepção do médico sobre as especificidades do seu trabalho neste campo; o que é considerado importante para a categoria neste cenário e se são suscetíveis a mudanças.

No primeiro eixo, que se refere à percepção sobre o trabalho: “parece que estamos fazendo um trabalho social”; “Nas RTs é um trabalho mais de terapia mesmo”; “nem sempre o trabalho que fazemos será seguido (continuado)”; “o trabalho social é muito rico”; “construímos um trabalho sobre medicamentos”.

A percepção sobre o trabalho e sobre o lugar do médico mostra-se de diferentes maneiras. A busca por locais que são tipicamente do poderio médico e de casos se apresentam de forma mais incisiva:

E2 – Pra mim o CAPS foi o melhor cenário. Foi muito melhor do que o ambulatório, gostei muito mais. Lá são os transtornos mentais mais graves. Então eu prefiro muito mais do que pegar as ansiedades, que basicamente a gente pega toda hora no ambulatório.

E4 – Então eu acho que eu deveria ter ficado no hospital, pelo menos um dia pra passar visita em pacientes que estejam internados lá.

P – Tinha paciente internado?

E4 – Tinha no dia que a gente foi conhecer o hospital tinha, só que a gente não passa visita, a gente podia ter dado um plantão para conhecer algum paciente.

E4 – Eu acho que o ponto forte é a gente estar inserido no CAPS, no ambulatório que a gente tem bastante contato, então isso é muito bom, o mais ponto frágil, eu acho que a gente podia ser mais inserido nesses cenários, e menos, por exemplo, na RT, parece que estamos fazendo mais um trabalho social, do que um trabalho mesmo de médico! Entende como se não tivesse aprendendo tanto acho que uma vez ou outra, ou as vezes ir com o médico pra rever medicamento ver como tá porque a gente indo sozinho, parece até que não fazemos muitas coisas.

E10 – Fragilidade eu acho que a gente não teve oportunidade de ver um surto de um paciente em si, um paciente totalmente sem tratamento ou algo do tipo chegando pra gente tratar.

O que é importante? O tratamento mais que o farmacológico; escutar bastante; o cenário de saúde mental para formação médica; conseguir um contato mais íntimo com o paciente; saber lidar com o paciente para conduzir as consultas; a prática; deixar o paciente falar; rever os conceitos; percorrer todas as áreas; saber quando encaminhar e quando tratar.

O entendimento de que a saúde mental faz parte de uma demanda crescente para classe médica também aparece:

E10 – É uma importante área da medicina, no século que vivemos as pessoas tem problemas psiquiátricos, psicológicos então é importante para o médico saber lidar, saber identificar quando encaminhar, quando tratar, é importante ao meu ver que é uma área da medicina que as vezes é bastante esquecida, valeu a pena a experiência que passamos no internato de saúde mental.

O que mudou? A forma de pensar, o ponto de vista, a concepção sobre psiquiatria, a maneira de conversar... e os extremos atravessados pela subjetividade: “não mudou tanto minha visão “e “me mudou completamente”.

As transcrições a seguir demonstram os efeitos deste encontro e que, segundo Paulin,

A educação médica que se encontra em importante momento de inflexão deve formar profissionais que, mesmo não sendo psiquiatras, sintam-se preparados para as demandas de saúde mental, que se apresentam no cotidiano da atenção à saúde, sob a estruturação dos princípios básicos do SUS. (PAULIN et al, 2020, p. 1)

E7 – Não lembro bem o que ele falou, mas o meu paciente da residência terapêutica lembro que ele conversou sobre alguma coisa comigo e ele estava sempre bem, era um cara já acamado, só andava na cadeira de rodas, usava sonda, e ele falou alguma coisa para mim, eu não lembro o que ele falou, eu lembro que eu tirei uma foto com ele e eu postei a gente vem aqui para cuidar dos outros e quando a gente vem aqui a gente que é cuidado. Em alguma conversa que ele teve comigo ele falou uma coisa tão positiva que você é até um pouco de preconceito, mas você não espera ouvir de um paciente naquele estado.

E11 – Além de limpar a casa, porque ela me dava várias dicas de limpeza, ela tava com uma mania de limpeza, mas ela não limpava a casa dela, ela me ensinou muito sobre medicamentos tanto é que a gente fez um trabalho sobre os medicamentos e eu falei gente, ela sabe mesmo. Ela manja muito de fármaco, eu gravava e quando abria os áudios o pessoal perguntava se ela fez fármaco. E a coisa mais importante que ela ensinou foi que você pode viver a sua vida inteira, ela teve o primeiro surto dela tarde, com 22 anos, ela tinha um relato mais foi tida a certeza com 20 e poucos anos, você pode viver a sua vida inteira normal, óbvio que ela teve problemas durante a adolescência, mas ninguém nunca tinha falado, a não você tem um problema. Hoje ela consegue ter uma vida, ela tem uma filha, ela teve alguns relacionamentos, esta na ansiedade de ter um neto, ter uma neta, ela faz tudo sozinha, mora sozinha. Você percebe que um paciente psiquiátrico consegue ser normal, a normalidade que a sociedade impõe e consegue principalmente, o que eu achava mais bonito nela, ela tem plena noção da doença dela. Ela fala, eu sou esquizofrênica e a esquizofrenia me faz fazer isso, isso e isso. E eu queria melhorar isso e para melhorar isso ela tem que tomar tal remédio e tal remédio.

6 FORTES INDÍCIOS

“A maior riqueza do homem é a sua incompletude.”

(MANOEL DE BARROS)

As reflexões aqui apresentadas como fortes indícios, revelam-se ricas em sua incompletude e são resultantes da análise das pistas levantadas que trazem indicadores sobre as condições facilitadoras, zonas de dificuldade e nós críticos do internato em saúde mental em Carmo. Os dados indicam pistas que não são conclusivas sobre a formação médica em saúde mental, visto que cada uma delas carrega em si a possibilidade de gerar novas pistas.

Diversos atravessamentos aconteceram durante a construção deste trabalho, como a pandemia da COVID-19, dificultando a imersão em campo, mesmo assim os pontos fortes do internato de saúde mental evidenciam-se como: a prática em saúde mental, o conhecimento sobre as medicações, a estruturação da rede de atenção psicossocial de forma integrada, a inserção dos acadêmicos em cenários com diferentes propostas como CAPS e ambulatório, a discussão de casos, o contato com transtornos inéditos no percurso formativo, a aproximação com cuidado humanizado, a organização dos serviços e a relação da cidade com a saúde mental rompendo com estigmas e reafirmando a reinserção social como proposta potente de cuidado as pessoas portadoras de transtorno mental.

Da mesma maneira, acentuam-se fragilidades apontadas nos discursos: pouco tempo no cenário de prática, ausência de preceptor na RT, pacientes estabilizados impedindo o contato de estudantes com situações de crise para o manejo e aprendizado, não garantia da continuidade das propostas de intervenção ao finalizar o rotatório de saúde mental, pacientes eleitos como usuário guia repetidamente e sem necessidade de acompanhamento, orientação para o acompanhamento de um único paciente na RT, olhar social encobrendo as patologias orgânicas, sensação de fazer um trabalho social na RT e o processo de escolha do usuário guia.

A aproximação do acadêmico com a comunidade apresenta-se como um facilitador para a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, contribui para a formação de profissionais de saúde mais conscientes das demandas da população e do seu papel como cidadão na construção do cuidado. No internato de saúde mental do Carmo depara-se com: estigmas, vulnerabilidade social, agravamentos clínicos, relações de saber-poder e conflitos familiares. Desenvolver habilidades para este manejo junto aos pacientes só é possível no processo de construção do cuidado na prática.

A relação medicina e sociedade por meio do internato possibilita o desenvolvimento de um olhar sobre a rede de cuidados, sobre o território, sobre as necessidades de saúde e de outras

necessidades que fazem parte do “projeto de felicidade” dos usuários. Requer um trabalho transdisciplinar com enfoque humanístico e implicação sobre a vida.

Muito se tem a avançar no que diz respeito à construção de planos de trabalho que impacte sobre a realidade. O projeto terapêutico singular ainda é pouco utilizado, mas o despertar sobre essa ferramenta foi semeado através da proposição de linhas de cuidado e de intervenções condizentes com a rede de suporte, com as necessidades e desejos do usuário.

A socialização e a discussão ampla dos casos nos seminários clínicos, podem produzir novos indicadores para intervenções e mudanças que levem também a transformação dos estigmas pré-estabelecidos historicamente sobre a loucura. Trata-se de um disparador de reflexão sobre as lacunas de saúde mental do município, fragilidades dos cenários, de costura da rede, dos pontos críticos das equipes e de casos por vezes tratados de forma unilateral. A construção de espaços coletivos de produção do cotidiano são um convite para repensar o fazer e mobilizar pontos cegos, por vezes adormecidos para toda rede.

A ênfase na reflexão sobre a vivência prática como subsídio para discussões teóricas caminha na direção de fluxos de educação permanente não só pra os acadêmicos como também para as equipes, podendo se tornar um potente fomentador de estratégias de mudanças de saúde e educação no SUS.

A validade da proposta de formação no SUS, da integração ensino-serviço preconizada pelas diretrizes curriculares, promove uma experiência ímpar na graduação pra formação médica através da aproximação com um campo estigmatizado, distante e desconhecido. Transita pela construção de conscientização sobre as necessidades dos usuários de saúde mental, ultrapassa cenários hospitalares como centrais na tríade ensino-aprendizagem-assistência ampliando o leque de possibilidades de intervenção.

Outro elemento que merece destaque é o lugar do acadêmico como produtor de conhecimento, provocador da rede, disparador de questionamentos sobre a oferta de cuidados. O que se produz não está escrito, materializado, interfere nos modos de organização, de gestão, nas relações de trabalho e nas subjetividades em suas múltiplas manifestações.

Em relação à medicalização, há uma constante preocupação entre os acadêmicos, uma ânsia em adequar e fazer uma prescrição adequada, no entanto sem a negociação com o paciente pouco se avança; não é tarefa simples convencer o uso da medicação de forma contínua e adequada, muitos se fixam no receituário e se esquecem da construção com a equipe, com o familiar e com o próprio usuário. Um contraponto importante é a crítica ao uso da mesma medicação por até 30 anos por pacientes do processo de desinstitucionalização. Uma revisão

dos psicotrópicos, a tentativa de desmame ou diminuição é sugerida por boa parte dos acadêmicos junto aos preceptores médicos.

O trabalho interprofissional ainda é pouco explorado pelos profissionais em formação. Esta é uma barreira, um nó crítico evidente. Com a diversidade de demandas de cada usuário associada ao pouco tempo dos acadêmicos em campo, não acordar com a equipe as propostas de intervenção, pode colocar todo o trabalho a perder. O acompanhamento assim como o acesso e o acolhimento são pilares dos serviços de saúde e a qualidade está associada a manutenção do acompanhamento que não pode ser garantindo sem que esta relação se traduza em diálogo e construção com a equipe. Poucos se atentam para a experiência e o vínculo das equipes de referência como pilares potencializadores da multiplicidade do cuidado.

A experimentação mesmo que aproximada da lógica do hospício, dos muros do isolamento às pontes da RAPS, no acesso à circulação à cidade despertou em muitos o reordenamento de crenças sobre a loucura, mudanças de discursos e propositivas. O estranhamento do lugar do “doente” que deveria estar internado e longe do convívio social; a preconceção da periculosidade da relação com o louco; a medicalização como estratégia central e a normalização da internação deram lugar a novos manejos e alternativas propositivas.

Há uma gama de interferências produzidas no cotidiano do lar, com familiares, no mercado, no diálogo no sofá e através de jogos interativos; a escuta atenta ao cuidador, a matrícula na escola, o sorvete na praça, a valorização do acolhimento e dos registros de histórias de vida tornaram-se potentes estratégias de cuidado como também abrem espaço para a possibilidade de ser cuidado, numa inversão natural de papéis e do lugar do saber.

Observa-se como efeitos da formação em prol do usuário: entendimento do fluxo de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial municipal; aproximação da equipe de saúde mental buscando a identificação e o acompanhamento de outros agravos à saúde dos portadores de transtornos mentais; promoção de atividades educativas, considerando metodologias participativas, relacionadas ao processo de saúde-doença de indivíduos portadores de transtornos mentais; transformação das ações em experiências, fazendo da prática profissional uma oportunidade de criação e de saber; entre outros.

O reflexo da internação, da institucionalização não se restringe aos ex-moradores dos manicômios. A proximidade com os ambientes hostis, mesmo os esvaziados e inoperantes refletem na mudança de crenças e proposições dos estudantes no entanto, considerar as questões sociais e suas interferências nas condições de saúde, se deslocar de ambientes que historicamente pertencem a classe médica (hospitais, ambulatórios), buscar suporte e construir

um trabalho em parceria com outras formações, minimizando a centralidade médica, ainda causam desconforto, estranhamento e questionamento sobre o papel do médico na saúde mental.

Aos poucos, os pavilhões do manicômio dão lugar às novas produções de vida, o banco da praça passa a ser local de encontro, da colônia à cidade, das relações de poder às de afeto, o hospital deserto ecoa agora possibilidades de escolha, da mortificação à pulsão de vida, o passado ainda presente faz da singularidade da cidade o despertar da consciência, do humano, do possível. O processo não está finalizado, continua a percorrer gritos de liberdade às novas gerações que chegam enclausuradas nas concepções solidificadas sobre o louco. Nas prosas, novos versos formam pistas. A formação médica em saúde mental produz na relação entre os sujeitos novas possibilidades, inovações práticas que pedem passagem. Conhecer a rede implica fazer parte dela.

O lugar do médico e dos profissionais de saúde, como sugere Merhy, estrutura-se na sua história de vida, em suas experiências. A subjetividade e a implicação não aparecem em roteiros de ensino, está presente em todo processo assistencial, de produção pedagógica e de saúde. Os processos educacionais só terão eficácia se operarem mudanças também nas subjetividades dos trabalhadores.

Refletir sobre a formação, permite refletir sobre o trabalho em equipe; sobre o território enquanto produtor de cuidado; sobre a reprodução ou não de experiências vivenciadas no manicômio; revela os desafios e as potencialidades da atenção psicossocial, contribui com a construção de conhecimento sobre a rede de serviços e de propostas de saúde de forma a potencializar ainda mais a RAPS do município e formar médicos generalistas capazes de olhar e produzirem cuidado com e para o paciente com transtorno ou sofrimento mental independente da especialidade e do campo que escolher.

Se de fato os caminhos são pontilhados, novas buscas e novas travessias podem ser traçadas partindo-se de diferentes localizações, com outros pontos de partida e de vista. Este é um deles!

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum**, n. 39, p. 133-144. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/264977230_O_pesquisador_in-mundo_e_o_processo_de_producao_de_outras_formas_de_investigacao_em_saude>. Acesso em: 17 set. 2021.
- ABRAMENKO, L. et al. Atitudes dos trabalhadores de saúde mental em relação aos pacientes psiquiátricos em uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 169-176, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/tkFTKJ63dFDNDS3GX7BXLGj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 mar. 2020.
- AGRELI, H.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu): Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWksZGzrQqT4tDryCXC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 14 abr. 2020.
- AGUIAR, A. C. A pesquisa e a educação médica no Brasil hoje: reflexões sobre metodologia e estratégias. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 14, p. 304-324.
- ARGILES, C. T. et al. Processos de singularização no modo psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 61-77, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Z7dL69SnfvLjWfSR7ssBHfN/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 maio 2020.
- ASSIS, M. M. A. et al. Desafios metodológicos da abordagem qualitativa: diversidade de cenários, participantes, estratégias e técnicas. *In*: SILVA, Raimunda Magalhães da et al (org.). **Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações**. Sobral: Edições UVA, 2018. p. 29-48. Disponível em: <https://portais.univasf.edu.br/medicina-pa/pesquisa/producao-cientifica/experiencias-qualitativas-ebook>. Acesso em: 25 jul. 2020.
- BARROS, Manoel de. **Memórias inventadas: a segunda infância**. São Paulo: Planeta, 2006.
- BATISTA, N. A.; STELLA, R. C. R. Interiorização do trabalho médico e formação profissional. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 15, p. 325-345.

BEZERRA, A. K.G. A Pesquisa etnográfica e as especificidades da observação participantes. **Vinheta**, v. 1, p.1-18, 2010. Disponível em:

https://www.academia.edu/24502157/A_pesquisa_etnogr%C3%A1fica_e_as_especificidades_da_observa%C3%A7%C3%A3o_participante#:~:text=A%20pesquisa%20etnogr%C3%A1fica%20e%20as%20especificidades%20da%20observa%C3%A7%C3%A3o%20participante%20Ada,conhecimento%20que%20t%C3%AAm%20como%20objeto Acesso em: 4 mar. 2020.

BRASIL, C.C.P. et al: Considerações introdutórias reflexões sobre a pesquisa qualitativa na saúde. *In*: SILVA, Raimunda Magalhães da et al (org.). **Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações**. Sobral: Edições UVA, 2018. p. 21-28.

Disponível em: <https://portais.univasf.edu.br/medicina-pa/pesquisa/producao-cientifica/experiencias-qualitativas-ebook>. Acesso em 25 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 1, de 13 de janeiro de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Administração Pública, bacharelado, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n.9, p. 17-18, 14 jan. 2014. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=14/01/2014&jornal=1&pagina=17&totalArquivos=120> Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 69-E, p. 2, 09 abr. 2001. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=09/04/2001>. Acesso em: 31 dez. 2020.

CARNEIRO, L. A.; PORTO, C. C. Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e a reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 6, n. 14, p. 150-167, 2014. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68544> Acesso em: 02 abr. 2020.

CARVALHO JR., P. M. A informática em saúde como ferramenta para o processo de ensino-aprendizagem no curso médico. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 9, p. 186-223.

CAVALCANTE, M.T; et al. Internato de Saúde Mental para alunos de medicina: qual o melhor cenário de formação? **Interface (Botucatu): Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p.1-13, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/RbzSvpdXMGRy5w5ZZ66mpXh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 abr. 2020.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 16, p. 346-390.

CONCEIÇÃO, Mirian Ribeiro et al. Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um programa de educação pelo trabalho para a saúde (PET-Saúde). **Interface (Botucatu): Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, supl.1, p. 845-855, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Wh4sSKJWWB4DptsPyP7JmJ/abstract/?lang=pt> Acesso em: 10 maio 2020.

EMERICH, F.; ONOCKO-CAMPOS, R. Formação para o trabalho em saúde mental: reflexões a partir das concepções de sujeito, coletivo e instituição. **Interface (Botucatu): Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e170521.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.

FEUERWERKER, L. C. M. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 1, p. 17-39.

FRANCO, T. B.: Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface (Botucatu): Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p. 427-438, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Tc5BpVpJMWgWJDVPjJWcYVH/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 set. 2021.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS. Centro Universitário Serra dos Órgãos. Pro Reitoria Acadêmica. Centro das Ciências da Saúde. **Currículo integrado do curso de graduação em medicina**. Rio de Janeiro, Teresópolis: UNIFESO, 2015. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/graduacao/documentos/med/curriculo-integrado.pdf> Acesso em: 6 mar. 2020.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS. **Planejamento do internato: módulo de saúde mental**. Teresópolis: Fundação Educacional Serra dos Órgãos. Centro Universitário da Saúde, 2020.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS. **Portfólio de saúde mental**. Carmo, RJ: UNIFESO, 2017. (Portfólio)

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS. **Projeto pedagógico institucional: PPI/2016**, Teresópolis: UNIFESO, 2016.

GOMES, M. P. C.; VIVEIROS, D. S. Reinserção social de pacientes psiquiátricos através da capacitação para o trabalho e geração de renda no município de Carmo, RJ. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 1, 2002, João Pessoa. **Anais [...]**. João Pessoa: UFPB, 2002, p.1-8. Disponível em: http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/saude/saude.html Acesso em: 15 mar. 2020.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de**

Educação Médica, v. 35, n. 4, p.557-566, 2011. Disponível em:
<https://www.locus.ufv.br/bitstream/123456789/17041/1/artigo.pdf> Acesso em: 25 jul. 2020.

HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.361-380, 2008. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/3X3pF4F5ChFXrfs4YW7p4Ln/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 7 out. 2021.

LAMPERT, J. B. Avaliação do processo de mudança na formação médica. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 11, p. 245-368.

LIMA, V. V. Avaliação de competência nos cursos médicos. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006. cap. 6, p. 123-143.

MANOEL de Barros: poemas. Revista Prosa Verso e Arte. Disponível em: <https://www.revistaprosaversoarte.com/manoel-de-barros-poemas/>. Acesso em: 30 nov. 2021.

MARINS, J. J. N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 4, p. 97-108.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: HUCITEC: Abrasco, 2006.

NAKAMURA, E. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 95-103, 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/6rCKgCZrJnbpBFCSkXLvtwL/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 4 mar. 2020.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/y38PYJS6XhKYBrng5jL8ZGc/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 abr. 2020.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 7, p. 143-164.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS)

do sistema único de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DgwpmytRqJtNYWFmjfLMtmz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2020.

PAULIN, L. F. et al. Construindo o internato de saúde mental: a experiência da Universidade São Francisco. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, p. 1-7, 2020, online. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/dCjzJB93QrS7wjcj7VP3TVm/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 8 maio 2020.

PIMENTEL, A. Considerações sobre a autoridade e o rigor nas etnografias da educação. *In*: MACEDO, R. S.; GALEFFI, D.; PIMENTEL, A. (org.). **Um rigor outro sobre a questão da qualidade na pesquisa qualitativa: educação e ciências antropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 127-160. Disponível em <http://books.scielo.org/id/s6/pdf/macedo-9788523209278-04.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

PINHEIRO, R. et al. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: LAPPIS, 2007. Disponível em <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o-na-Sa%C3%BAde-Mental-contribui%C3%A7%C3%B5es-para-estudos-avaliativos.pdf>. Acesso em: 7 out. 2021.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JR., A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 12, p. 269-284.

REGO, S. et al. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 8, p. 165-187.

RIBEIRO, E. C. O. Educação permanente em saúde. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 13, p. 285-303.

ROS, M. A. A ideologia nos cursos de medicina. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006. cap. 10, p. 224-244.

SAAD, A. P. R.; BASTOS, P. R. H. D. O.; SOUZA, G. A. C. D. Práticas discursivas e produção de sentidos: análise da aplicação em saúde mental no Brasil. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 3, p. 647-657, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35800?locale=pt_BR Acesso em: 20 maio 2020.

SALLES, A. C. R. R. **Modos de vida de pessoas com transtornos mentais: avanços e desafios da desinstitucionalização psiquiátrica na contemporaneidade**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://tede.ufrj.br/jspui/bitstream/jspui/2837/2/2014%20-%20Anna%20Carolina%20Rozante%20Rodrigues%20Salles.pdf> Acesso em: 15 abr. 2020.

SANTOS, A. V.; MARTINS, H. T. Um breve percurso na prática de inserção social em um centro de atenção psicossocial - CAPS na Bahia. **Revista Polis e Psique**, v.6, n. 3, p. 124-144, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/65267> Acesso em: 10 maio 2020.

SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface (Botucatu): Comunicação, Saúde, Educação**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8ZdCZGwKByR9SjpYStHnJLg/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 11 maio 2021.

SILVA, R. M. et al. **Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações**. Ebook. Disponível em: <https://portais.univasf.edu.br/medicina-pa/pesquisa/producao-cientifica/experiencias-qualitativas-ebook>. Acesso em: 25 jul. 2020.

SILVA, S. S. Laboratório de habilidades no ensino médico. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 3, p. 62-96.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469> Acesso em: 6 jun. 2020.

SOUZA, W. F.; BRITO, J. C. D.; ATHAYDE, M. R. C. D. Formação, saúde mental e trabalho: um patrimônio e uma estratégia. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 121-130, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5868> Acesso em: 10 jun. 2020.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVsCJtWhc7qnd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 30 maio 2020.

USUÁRIO GUIA. [S. l.]: EPS em Movimento, [2014]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/378287901/Usuario-Guia>. Acesso em 10 out. 2019

VIEIRA, J. E. O processo de aprendizagem em hospitais de ensino. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 5, p. 109-122.

WETZEL, C. et al. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um centro de atenção psicossocial. **Interface (Botucatu): Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl.2, p. 1729-1738, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/KYvwfSG6hkKNPFK798fR8CP/abstract/?lang=pt> Acesso em: 23 maio 2020.

ZANOLLI, M. B, Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. *In*: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap. 2, p. 40-61.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: O processo ensino-serviço-comunidade em saúde mental: uma análise da inserção do médico em formação no CAPS II/Carmo-RJ.

Objetivo geral: Explorar o impacto do internato em saúde mental na formação médica em um CAPS II de um município da região serrana do Rio de Janeiro.

Pesquisadores envolvidos: Bethania do Carmo Caetano da Silva, discente do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial no IPUB/ UFRJ, localizado na Avenida Venceslau Brás, 71, Campus da Praia Vermelha. Telefone para contato: (22)981282138/ e-mail: bethaniacaetano257@gmail.com.

Sua participação nesse estudo se dará através de entrevista, com duração aproximada de quarenta minutos, todos os dados coletados serão guardados com o pesquisador durante cinco anos e após esse período serão descartados virtualmente e as transcrições incineradas.

É garantido o respeito à privacidade. Os dados pessoais ou quaisquer outros elementos que possam, de qualquer forma, identificar os participantes dessa pesquisa serão mantidos em sigilo. Informamos que não haverá nenhum prejuízo se o participante não quiser participar e não será necessário justificar a saída da pesquisa em qualquer etapa de sua realização.

É assegurada a assistência integral durante e após a pesquisa, se necessário, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que haja interesse em saber antes, durante e depois da sua participação nesta pesquisa.

Participação voluntária: Não haverá nenhum valor econômico, a receber ou a pagar pela participação neste estudo. Caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, o participante será devidamente indenizado, conforme determina a lei e de acordo com as determinações e diretrizes éticas constantes na resolução nº 466/2012.

Benefícios: Não haverá qualquer benefício econômico ou de qualquer outro tipo por sua participação neste estudo. Entretanto, através desta pesquisa você estará contribuindo para a produção de conhecimentos e possibilitando melhorias nos dispositivos de saúde ligados a pesquisa. Riscos: Embora não se tenha previsto nenhum risco significativo para os participantes deste estudo, não é impossível que existam possíveis desconfortos e incômodos decorrentes dos temas abordados durante a pesquisa. Caso experimente algum desconforto ou sinta que necessita de ajuda, por favor, informe a pesquisadora para que lhe oriente e providencie o apoio adequado.

Enfim, Eu, _____
 _____, brasileiro (a), RG:
 _____, data de nascimento: _____,
 endereço: _____, após os
 esclarecimentos já mencionados e tendo sido orientado (a) com tempo suficiente para fazer
 perguntas relativas à minha participação e compreendido satisfatoriamente a natureza e objetivo
 deste estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente informado
 (a) sobre esta pesquisa. Minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente. Reconheço que
 não terei nenhum benefício direto com a minha participação neste estudo. Sei que minha
 participação depende completamente de minha vontade e que tenho o direito de me recusar a
 responder algumas perguntas ou a interromper a minha participação a qualquer momento, sem
 penalidades ou restrições. Eu recebi uma cópia deste documento para guardar comigo.

Carmo, ____ de _____ 20__.

 Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

 Assinatura do Pesquisador

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em
 Pesquisa do IPUB. Endereço: Avenida Venceslau Brás, 71 – Fundos – 2º andar. Campus da
 Praia Vermelha, Botafogo. CEP: 22290-140 – Rio de Janeiro/RJ. Telefone: (21) 39385510 e
 pelo e mail: comite.etica@ipub.ufrj.br ou para o Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria
 Municipal de Saúde- RJ, na Rua Afonso Cavalcanti,455 - Cidade Nova - CEP: 20211-11 Tel.:
 (21) 2215.1485 ou pelo e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

APENDICE B – ENTREVISTA POR PAUTAS

Data: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____

Sexo: M () F ()

Especialidade que pretende seguir: _____

PERGUNTAS:

1) No seu entendimento, qual a função do internato de saúde mental no seu processo de formação?

2) Pontos fortes e frágeis identificados.

3) No seu percurso no internato o que mais te marcou?

4) Você teria algo a mais para dizer?

ANEXO A – PORTFÓLIO SAÚDE MENTAL

Apresentação

Ainda que temas relacionados à área de Saúde Mental estejam dispostos em caráter transversal à construção de conhecimento ao longo do curso, a organização e implementação de um Módulo específico dedicado à Saúde Mental foi idealizada, em atendimento à definição emanada a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais 2014, quanto à reestruturação da composição do Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço em Regime de Internato, que a partir do semestre letivo de 2017-2 passa a ser incorporada ao curso em 08 (oito) módulos distintos, dentre os quais, o de Saúde Mental.

Este Módulo de Saúde Mental será ofertado com carga horária de 161 horas (cento e sessenta e uma horas), para os Estudantes vinculados ao 9º período do curso e terá como Supervisor o Professor **Marcos José Relvas Argolo**, e o Professor **José Carlos Lima Campos**, Coordenador da Integração Ensino Trabalho Cidadania do 5º ao 12º períodos.

Esta construção do Módulo de Saúde Mental do Internato do Curso de Medicina, se deu a partir da aproximação da Coordenação do Curso com o Programa de Saúde Mental do município do Carmo, que conta com 18 serviços residenciais terapêuticos, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo II, 01 porta de entrada que está localizada no Hospital Geral do Município do Carmo e 01 Ambulatório de Saúde Mental em sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Reconhecido por sua importante sustentação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e em especial no Estado do Rio de Janeiro, o Programa de Saúde Mental de Carmo, é referência para formação de profissionais de saúde na área de saúde mental e da psiquiatria no País.

A construção do cenário se deu a partir de visitas técnicas e de aproximação ensino-serviço, com a participação da Gestão do Município e a Coordenação do Curso de Medicina. O Corpo Docente de Preceptores e Supervisão será composto por profissionais da RAPS do município e Docentes do Curso de Medicina, enquanto Preceptores em Serviço, conforme segue:

1. **Professor Rodrigo Japur (Enfermeiro)**
2. **Professora Erica Victorio (Psicóloga)**
3. **Professor Luiz Marcelo Vargas (Médico Psiquiatra)**
4. **Professor Dartangnan Rache Rodrigues (Médico Psiquiatra)**
5. **Professor Atilio José Montanari (Médico Psiquiatra)**
6. **Professor Alexandre Magno (Médico clínico)**

A articulação da inserção culmina na assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), que foi entregue ao Coordenador do Curso de Medicina no momento em que este realizou uma última visita ao município, Coordenador Geral do Internato, Coordenador da IETC, supervisor do módulo de saúde mental, preceptores do módulo e estudantes do 9º período do curso. Nesta ação estavam presentes o Prefeito do Município de Carmo, Vereadores, secretária de Saúde e Coordenadora do Programa de Saúde mental municipal.

Projeto do Módulo de Saúde Mental

COMPETÊNCIAS A SEREM CONSTRUÍDAS:

- i. Conhecer as políticas da Reforma Psiquiátrica (Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001).

- ii. Atuar na equipe de saúde mental através de ações de âmbito individual e coletivo que abrangem a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.
- iii. Colocar-se como sujeito de ação, capaz de realizar mudanças e produzir críticas construtivas.
- iv. Atuar na equipe de saúde considerando os aspectos gerenciais do trabalho na saúde mental e sua relação com os demais níveis de atenção.
- v. Trabalhar em equipe, reconhecendo as competências específicas de cada profissional da Equipe de Saúde Mental do município.
- vi. Considerar o fluxo de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial Municipal na produção de cuidados aos pacientes com transtorno mental.
- vii. Atuar na equipe de saúde mental buscando a identificação e o acompanhamento de outros agravos à saúde dos portadores de transtornos mentais permitindo, assim, um olhar mais ampliado do cuidado a estes pacientes.
- viii. Realizar assistência integral aos portadores de saúde mental e à suas famílias nos diversos espaços do município que ofereçam assistência em saúde a estes portadores.
- ix. Conhecer a estrutura e a lógica de atuação dos diversos espaços envolvidos na assistência de pacientes portadores de transtornos mentais (CAPS, CAPSi, CAPS AD, ambulatório, NASF, hospital e serviço residencial terapêutico)
- x. Saber referenciar todos os casos de saúde mental quando necessário
- xi. Realizar, quando demandado, a promoção de educação em saúde para manejo das famílias e dos cuidadores de portadores de transtorno mental.
- xii. Discutir casos clínicos com as equipes dos CAPS, CAPSi, CAP Sad, ambulatório, NASF ou hospital.
- xiii. Realizar o diagnóstico e o manejo clínico dos transtornos mentais mais prevalentes.
- xiv. Realizar atividades educativas, considerando metodologias participativas, relacionadas ao processo de saúde-doença de indivíduos portadores de transtornos mentais.
- xv. Utilizar criticamente os protocolos do Ministério da Saúde e os protocolos municipais, o Projeto Diretrizes do CFM/AMB e os Consensos das Sociedades de Especialidades.
- xvi. Realizar e acompanhar, sob supervisão do preceptor, o atendimento às urgências/emergências psiquiátricas em unidades específicas para esta competência.
- xvii. Realizar e acompanhar, sob supervisão do preceptor, o atendimento aos portadores de transtornos mentais nas residências terapêuticas.
- xviii. Conhecer as classes, indicações, efeitos colaterais, os mecanismos de ação e suas aplicabilidade dos principais medicamentos usados do tratamento dos transtornos mentais
- xix. Conhecer o impacto da medicação de uso crônico na qualidade de vida do portador de transtorno mental.
- xx. Realizar atendimento e acompanhamento, sob supervisão do preceptor, de pacientes usuários de medicações de uso crônico.
- xxi. Saber integrar todos os conhecimentos, habilidades e recursos que a rede de saúde dispõe.
- xxii. Transformar suas ações em experiência, fazendo de sua prática profissional uma oportunidade de criação de saber.
- xxiii. Conhecer as indicações, os tipos e os respectivos aspectos envolvidos na hospitalização dos pacientes portadores de saúde mental

xxiv. Interagir com o paciente, levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida.

xxv. Ser capaz de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver autoestima

xxvi. Refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania

xxvii. Participar dos encontros com os profissionais das equipes de saúde, especialmente de saúde mental, para o desenvolvimento do trabalho de caráter interdisciplinar.

Primeira semana: (teórico prática) Responsáveis Marcos Argolo e Dartagnan Rache Rodrigues

Aulas: Anamnese, exame psíquico e súmula psicopatológica, Principais psiquiátricas; Visitação no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

Avaliação:

A avaliação será processual e acompanhará o aluno durante todo o percurso do módulo de saúde mental, será dividida nos seguintes eixos:

- 1) Avaliação da habilidade e Atitude, será realizada pelos preceptores envolvidos na inserção do estudante no cenário e terá instrumento próprio;
- 2) Avaliação cognitiva: será realizada através da apresentação de seminário clínico e resenha de artigos científicos.

ANEXO B - PLANEJAMENTO DO INTERNATO – UNIFESO

INTRODUÇÃO

Prezado estudante,

O Internato, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, se volta, assim como os outros períodos do Curso de Graduação em Medicina, para a necessidade de estimular o estudante no sentido de articular conhecimentos, habilidades e atitudes, com vistas à formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética.

Você está recebendo o planejamento geral do Módulo de Saúde Mental, no qual estão listadas as atividades programadas para os meses de julho à _____ de 2020. Estas atividades refletem as competências e conteúdos que devem ser cumpridos neste período.

Como supervisor da Saúde Mental, sou a responsável pelo acompanhamento do planejamento e estarei à sua disposição para discutir questões e dúvidas que fiquem pendentes.

Ainda que ajustes possam se tornar necessários, tanto por ser o processo ensino-aprendizagem algo vivo em um currículo baseado em metodologias ativas, quanto pela ocorrência de eventualidades não previstas, faremos o esforço de seguir o planejamento como ele se apresenta aqui para você.

Que você tenha uma boa jornada de estudo neste período, com significativo aprendizado da arte médica do cuidar.

Cordialmente,

Prof. Marcos Relvas Argolo
Supervisor do Módulo de Saúde Mental

Prof. Patrícia Araújo Corrêa
Coordenadora Geral do Internato

Prof. Simone Rodrigues
Coordenadora do Curso de Medicina

CORPO DOCENTE

SUPERVISOR:

- Prof. Marcos Relvas Argolo

PRECEPTORES:

A- CAPS Carmo:

- Prof.^a. Arielle
- Prof. Alexandre Reis
- Prof.^a. Érica Regina Victório da Rocha
- Prof. Rodrigo Japur Duarte Tavares

B- Ambulatório de Saúde Mental:

- Prof. Ambulatório de Saúde Mental

C-Leitos de Saúde Mental no Hospital Nossa Senhora do Carmo:

- Prof. Alessandro
- Prof. Alexandre Reis

D- Serviços Residenciais Terapêuticos:

- Prof.^a. Arielle na Paula Faria
- Prof.^a. Érica Regina Victório da Rocha
- Prof. Rodrigo Japur

E- Usuário guia:

- Prof.^a. Érica Regina Victório da Rocha
- Prof. Rodrigo Japur Duarte Tavares

OBJETIVOS:

1.1 - OBJETIVO GERAL/COMPETÊNCIAS:

➤ O objetivo geral do Internato em Saúde Mental é o de familiarizar-se com os conceitos básicos e imprescindíveis da Clínica para a boa prática profissional dentro da visão de formação do médico generalista. Ao final do rotatório o aluno deverá ser capaz de executar as seguintes funções que estão listadas de acordo com cada cenário. Como objetivos mais específicos destacam-se:

1.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer e vivenciar as Políticas Públicas de Atenção Psicossocial (Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001, portarias ministeriais);
- Atuar junto às equipes multiprofissionais através de ações de âmbito individual e coletivo que abranjam a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família;
- Colocar-se de forma ativa na construção da Rede de Atenção Psicossocial, acionando todos os dispositivos de cuidado intersetoriais para melhor assistência dos usuários de Saúde Mental;
- Atuar junto às equipes multidisciplinares considerando os aspectos gerenciais do trabalho na saúde mental e sua relação com os demais níveis de atenção;
- Considerar o fluxo de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial Municipal na produção de cuidados aos pacientes com transtorno mental;

- Atuar na equipe de saúde mental buscando a identificação e o acompanhamento de outros agravos à saúde dos portadores de transtornos mentais permitindo, assim, um olhar mais ampliado do cuidado a estes pacientes;
- Realizar assistência integral aos portadores de saúde mental e à suas famílias nos diversos espaços do município que ofereçam assistência em saúde a estes portadores.
- Conhecer a estrutura e a lógica de atuação dos diversos espaços envolvidos na assistência de pacientes portadores de transtornos mentais (CAPS, CAPSi, CAPS AD, ambulatório, NASF, hospital e serviço residencial terapêutico);
- Realizar, quando demandado, a promoção de educação em saúde para manejo das famílias e dos cuidadores de portadores de transtorno mental
- Saber referenciar todos os casos de saúde mental quando necessário
- Discutir casos clínicos com as equipes dos CAPS, SRTs, Ambulatório de Saúde Mental, Atenção Básica ou hospital.
- Realizar o diagnóstico e o manejo clínico dos transtornos mentais mais prevalentes.
- Realizar atividades educativas, considerando metodologias participativas, relacionadas ao processo de saúde-doença de indivíduos portadores de transtornos mentais.
- Utilizar criticamente os protocolos do Ministério da Saúde e os protocolos municipais, o Projeto Diretrizes do CFM/AMB e os Consensos das Sociedades de Especialidades.
- Conhecer as classes, indicações, efeitos colaterais, os mecanismos de ação e suas aplicabilidades dos principais medicamentos usados do tratamento dos transtornos mentais
- Conhecer o impacto da medicação de uso crônico na qualidade de vida do portador de transtorno mental.
- Realizar atendimento e acompanhamento, sob supervisão do preceptor, de pacientes usuários de medicações de uso crônico.
- Refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania
- Ser capaz de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver autoestima;
- Conhecer as indicações, os tipos e os respectivos aspectos envolvidos na hospitalização dos pacientes portadores de saúde mental
- Saber integrar todos os conhecimentos, habilidades e recursos que a rede de saúde dispõe.
- Participar dos encontros com os profissionais das equipes de saúde, especialmente de saúde mental, para o desenvolvimento do trabalho de caráter interdisciplinar
- Realizar e acompanhar, sob supervisão do preceptor, o atendimento aos portadores de transtornos mentais nas residências terapêuticas;
- Interagir com o paciente, levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida;
- Realizar e acompanhar, sob supervisão do preceptor, o atendimento às urgências/emergências psiquiátricas em unidades específicas para esta competência;
- Transformar suas ações em experiência, fazendo de sua prática profissional uma oportunidade de criação de saber.

2 CENÁRIOS DE PRÁTICA:

2.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO CARMO (CAPS CARMO):

- Fazer acolhimento, entrevista, anamnese dos transtornos mentais graves, sob supervisão do preceptor;
- Fazer diagnóstico e conduta terapêutica sob supervisão do preceptor;
- Discutir e construir o Projeto Terapêutico Singular dos usuários;
- Discutir com médico preceptor as ações dos psicofármacos e as possíveis alterações medicamentosas, intervindo diretamente nos casos, sob supervisão do preceptor;

- Participar de atividades coletivas, como grupos e oficinas, como forma de fortalecimento de vínculo e integração à rotina do usuário e equipe;
- Fazer busca ativa e visitas domiciliares com equipe multidisciplinar;
- Discussão de casos clínicos com a rede intra e intersetorial de cuidado;
- Acionar todos os dispositivos de cuidado, assim como, saúde, saúde bucal, de assistência social, justiça, lazer, trabalho para a garantia do bem-estar integral dos usuários atendidos pela RAPS, preenchendo a lacuna da desassistência produzida pelo estigma e exclusão social;
- Fazer interlocução da Saúde Mental e Atenção Básica como ações de matriciamento e gestão das lacunas do cuidado.
- Registro em Prontuário.

1.2 - AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL:

- Fazer acolhimento, entrevista, anamnese dos usuários transtornos mentais leves, sob supervisão do preceptor;
- Fazer diagnóstico e conduta terapêutica sob supervisão do preceptor;
- Discutir e construir o Projeto Terapêutico Singular dos usuários;
- Discutir com médico preceptor as ações dos psicofármacos e as possíveis alterações medicamentosas, intervindo diretamente nos casos, sob supervisão do preceptor;
- Fazer interlocução da Saúde Mental e Atenção Básica como ações de matriciamento e gestão das lacunas do cuidado.
- Registro em Prontuário.

1.3 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO (HNSC):

- Visita aos leitos de saúde mental supervisionada;
- Consultas, intervenções clínicas supervisionadas;
- Registro em prontuário;
- Discussão dos casos com a equipe da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial);
- Construção do Relatório de Alta e Projeto Terapêutico Singular com equipe da RAPS;
- Acompanhamento da evolução clínica e alta;
- Intervenções clínico-orgânicas, necessárias para o cuidado integral, com supervisão do preceptor.
- Registro em Prontuário.

1.4 - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS:

- Visitas domiciliares aos moradores de Residência Terapêutica;
- Acompanhamento clínico e Psicossocial dos usuários;
- Oficinas de orientação para os usuários e cuidadores com temas pertinentes como auto- cuidado, alimentação, medicação, primeiros socorros;
- Articulação com a equipe de Estratégia de Saúde da Família no acompanhamento integral dos usuários;

- Articulação da Rede Intra e Intersetorial como garantia do cuidado e do acesso aos serviços, superando o estigma e a exclusão social;
- Construção de Relatório Psicossocial e Clínico de acompanhamento dos usuários moradores de Residência Terapêutica;
- Registro das intervenções em prontuário do CAPS.

1.5 - SÚMULA PSIQUIÁTRICA:

- Entrevista e avaliação dos casos clínicos mais desafiadores para a equipe do CAPS e SRTs, levando-se em conta algumas patologias principais, como: Transtorno Mental do Humor, Esquizofrenia e Retardo Mental;
- Estudo das funções psíquicas alteradas, hipótese diagnóstica, interação medicamentosa, conduta e projeto terapêutico singular;
- Roda de conversa para discussão dos casos.

1.6 - USUÁRIO-GUIA:

- Equipe e estudantes elegem acompanhar um usuário durante as 4 semanas de permanência no Internato de Saúde Mental;
- Trata-se de usuário que é um desafio pra rede, dado a complexidade de sua sintomatologia, da rede de recursos que precisamos mobilizar, da articulação intra e intersetorial para que possamos garantir a estabilidade do quadro clínico e o bem-estar bio-psico-social;
- O usuário guia provocará a circulação da equipe por todos os dispositivos (atenção básica, atenção especializada, justiça, assistência social, família, entre outros) numa corresponsabilidade no cuidado;
- O estudante precisará construir estratégias de intervenção junto ao usuário e equipes de referência como garantia de um cuidado integral e bem estar;
- Apresentação de Seminário Clínico como avaliação final, considerando a construção de competências gerais, como conhecimento sobre diagnóstico, medicação e conduta, trabalho integrado com equipe multidisciplinar, autonomia e iniciativa nas ações, articulação com a rede de cuidado, conhecimento sobre as políticas públicas em saúde mental.

1.7 - RODA DE CONVERSA:

- Discussão semanal em grupo sobre as principais fragilidades e fortalezas do cenário, preceptoria e estudantes;
- Confecção de relatório semanal com os principais apontamentos realizados na Roda de Conversa;
- Planejamento coletivo das ações a serem desenvolvidas na semana seguinte;
- Discussão sobre diagnóstico, conduta, medicação, projeto terapêutico singular e principais intervenções;
- Discussão sobre os principais entraves da Rede, articulação intra e intersetorial.

2. OFICINAS:

- Oficina sobre Psicopatologia
- Oficina sobre Psicofarmacologia

- Oficina sobre História da Psiquiatria
- Oficina Sobre Políticas Públicas de Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial.

3. AVALIAÇÃO:

- Os alunos serão avaliados diariamente em formulário próprio (anexo) quanto a diversos aspectos pertinentes à prática médica em geral, como: postura, atitude, assiduidade, relacionamento com os pacientes e com a equipe multidisciplinar; também serão avaliados em relação aos aspectos específicos da Saúde Mental (conhecimentos teóricos e desenvolvimento de habilidades). Outros instrumentos serão utilizados, como as anamneses, prontuários, prescrições etc.; a busca e a aplicação de conhecimentos é ponto importante, sendo Suficiente ou Insuficiente.
- Relatório semanal apontando fragilidades e fortalezas do cenário após discussão na Roda de Conversa;
- As avaliações teórico-práticas acontecerão nos Cenários da RAPS, durante roda a imersão. Na última semana, haverá apresentação do Seminário Clínico e entrega dos Estudos de caso de dois usuários guia e Relatório Clínico e Psicossocial dos usuários dos Serviços Residenciais Terapêuticos;
- O conceito final será baseado nos conceitos dos setores por onde o interno atuar, mais a avaliação da apresentação dos seminários.

PROVA PARCIAL (aguardar confirmação das datas)

Data: ---Horário: 10:30h. Local: ----- (confirmar)

PROVA DE MÓDULO:

Data: ---- Horário: 8:30h. Local: Campus Sede.

RESGATE: ----Horário: 11:00h. Local: -----

FALTAS:

- O Internato não comporta a existência de faltas, portanto, os internos que apresentarem faltas deverão repô-las em visitas supervisionadas pelos professores. O **não comparecimento** ao cenário agendado para o pagamento será computado como outra FALTA.
- A falta deverá ser justificada com atestado médico e reposta no fim de semana.
- As faltas excessivas (25%) ou mais, implicam na necessidade de se repetir o módulo de acordo com o regimento do internato.

BIBLIOGRAFIA:

Governo Federal, Lei Federal 10. 216 de 6 de abril de 2001, Presidência da república, Brasília, Brasil.

Brasil, (2005). Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Brasília, DF.

Ministério da Saúde Portaria GM/MS 336 de 19 de fevereiro de 2002, Brasília, Brasil.

Ministério da Saúde, Portaria GM/MS 3088 de 23 de dezembro de 2011, Brasília, Brasil.

Ministério da Saúde (1998), Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, Brasil.

Victório, E. R. R., Projeto de Desinstitucionalização da loucura no município do Carmo, Carmo, Rio de Janeiro, 2014;

Victório, Relatório de Gestão do Programa Municipal de Saúde Mental do Município do Carmo, Carmo, Rio de Janeiro, 2014.

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA -UNIFESO

Termo de Autorização Institucional (Carta de Anuência)

Eu, Bethania do Carmo Caetano da Silva, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial vinculado ao Instituto Psiquiatria (IPUB-UFRJ), sob orientação Prof. Maria Paula Cerqueira, tenho a pretensão de desenvolver a pesquisa intitulada **“O processo ensino-serviço-comunidade em saúde mental: uma análise da inserção do médico em formação no CAPS II /Carmo -RJ”** nesta instituição. O objetivo geral desta pesquisa consiste em explorar o impacto do internato em saúde mental na formação médica. Objetivos Específicos: 1) Compreender o significado da atenção em saúde mental para o médico em formação; 2) Analisar se as competências idealizadas para o módulo de saúde mental em Carmo estão de fato sendo construídas.

Para tanto apresento esse projeto a instituição. Vale ressaltar que o mesmo encontra-se em processo de submissão ao comitê de ética e pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12, da Comissão Nacional de Saúde (CONEP), e uma vez avaliado e aprovado gostaria da autorização institucional para coletar os dados através de entrevistas por pautas, observação participativa e acesso aos documentos institucionais. Todos os dados serão confidenciais e serão guardados em sigilo e incinerados 05 anos depois.

Assinatura do (a) Coordenador (a) Serviço _____

Manoel Pombo
Coordenador do Curso de
Graduação em Medicina

Assinatura do (a) pesquisador (a) _____

B. Caetano

Teresópolis, 01, de Outubro, de 2019

ANEXO D- CARTA DE ANUÊNCIA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO CARMO

Termo de Autorização Institucional (Carta de Anuência)

Eu, Bethania do Carmo Caetano da Silva, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial vinculado ao Instituto Psiquiatria (IPUB-UFRJ), sob orientação Prof. Maria Paula Cerqueira, tenho a pretensão de desenvolver a pesquisa intitulada **“O processo ensino-serviço-comunidade em saúde mental: uma análise da inserção do médico em formação no CAPS II /Carmo -RJ”** nesta instituição. O objetivo geral desta pesquisa consiste em explorar o impacto do internato em saúde mental na formação médica. Objetivos Específicos: 1) Compreender o significado da atenção em saúde mental para o médico em formação; 2) Analisar se as competências idealizadas para o módulo de saúde mental em Carmo estão de fato sendo construídas.

Para tanto apresento esse projeto a instituição. Vale ressaltar que o mesmo encontra-se em processo de submissão ao comitê de ética e pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12, da Comissão Nacional de Saúde (CONEP), e uma vez avaliado e aprovado gostaria da autorização institucional para coletar os dados através de entrevistas por pautas, observação participativa e acesso aos documentos institucionais. Todos os dados serão confidenciais e serão guardados em sigilo e incinerados 05 anos depois.

Assinatura do (a) Coordenador (a) Serviço _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO CARMO RJ
Lidia Carmo da Silva Passos
Secretária Munic. de Saúde
Port. 294/2018

Assinatura do (a) pesquisador (a) _____

Carmo, 01 de Outubro, de 2019

ANEXO E- TERMO DE CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Município de Carmo – RJ
Secretaria Municipal de Saúde
Assessoria Jurídica



TERMO DE CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE

TERMO DE CONTRATO ORGANIZATIVO DE
AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE (COAPES) QUE
ENTRE SI CELEBRAM A INSTITUIÇÃO
FORMADORA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL
SERRA DOS ÓRGÃOS E O MUNICÍPIO DO
CARMO, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE
SAÚDE DO CARMO, PARA OS FINS QUE
ESPECIFICA.

Com base na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências, e nas demais normas legais vigentes aplicáveis à espécie, a **FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS**, instituição formadora responsável pela oferta de cursos da área de saúde e/ou dos Programas de Residência em Saúde no Estado do Rio de Janeiro, CNPJ nº 32.190.092/0001-06, com sede na avenida Alberto Torres, 111, Alto, Teresópolis/RJ, neste ato representada pelo seu Diretor Geral, Dr. Luis Eduardo Possidente Tostes, brasileiro, médico, casado, RG nº 52.30581-0 CRM-RJ, CPF nº 224.925.427-34; residente e domiciliado na Estrada dos Sabiás, nº 124, Parque Imbuí, Teresópolis/RJ; e o **MUNICÍPIO DE CARMO – RJ**, pessoa jurídica de direito público, CNPJ nº 29.128.741/0001-34, com sede administrativa na Praça Princesa Isabel, nº 91, Centro, Carmo/RJ, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO CARMO - RJ**, gestor local do SUS, inscrito no CNPJ nº 11.762.815/0001-24, com sede na rua Martinho Campos, nº 416, Centro, Carmo/RJ, neste ato representado pela sua Secretária Municipal de Saúde, **Renata Carla Ferreira Ribeiro**, brasileira, RG nº 09.127.293-0 - DETRAN/RJ, CPF nº 029.052.507-12, residente e domiciliada na Rua Bacelar, nº 102, Centro, Carmo/RJ. RESOLVEM celebrar o presente instrumento de **CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE**, no qual estabelecem cláusulas, condições e obrigações de cada signatário.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Este termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde tem por objeto viabilizar a reordenação da oferta de cursos de graduação na área da saúde, no município de Carmo, do estado do Rio de Janeiro, com garantia de estrutura de serviços de saúde em condições de oferecer campo de prática, mediante a integração ensino-serviço nas Redes de Atenção à Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS RESPONSABILIDADES MUTUAS

Constituem responsabilidades da Instituição de Educação Superior (IES) e da Secretaria de Saúde municipal:

- I. Comprometer-se com a formação dos profissionais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e tendo como eixo à abordagem integral do processo de saúde-doença;
- II. Comprometer-se com o respeito a diversidade humana, a autonomia dos cidadãos e a atuação baseada em princípios éticos, destacando-se o compromisso com a segurança do paciente tanto em intervenções diretas quanto em riscos indiretos advindos da inserção dos estudantes no cenário de prática.
- III. Comprometer-se com as condições de biossegurança dos estudantes nos serviços da rede;
- IV. Comprometer-se com a integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde;

Fundo Municipal de Saúde do Carmo
CNPJ: 11.762.815/0001-24
Rua: Martinho Campos, nº416, Centro – Carmo/RJ, CEP: 28.640-000
e-mail: juridicosmcarmo@hotmail.com – TEL/FAX: (22) 2537.1527

[Handwritten signatures]

