

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: UM RELATO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS JUNTO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Vanessa Roballo Garcia ¹

Marciele Barcelos Ávila ²

Thaila Thaiane Garcia Nunes ³

Mariana Ferreira de Menezes Saucedo ⁴

Lidiele Roque Bueno ⁵

Rui Carlos Gomes Dorneles ⁶

Resumo:

O presente estudo trata-se de um relato que experiência das práticas multiprofissionais dos residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase de Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Pampa. Sendo assim, a proposta do trabalho tem o intuito de dar visibilidade as potencialidades das residências, bem como, das práticas desses profissionais em formação junto aos serviços de saúde mental pertencentes ao município em que residência ocorre. Para tal, realizou-se um breve resgate da Política Pública de Saúde e, ainda, dos movimentos de reforma que impulsionaram tais mudanças no cenário nacional. Abordou-se ainda as potencialidades dessa modalidade de formação junto aos profissionais que já atuam nos serviços.

Palavras-chave: Saúde Mental, Sistema Único de Saúde, Residência Multiprofissional, Educação Permanente

Modalidade de Participação: Pesquisador

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: UM RELATO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS JUNTO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

¹ Aluno de pós-graduação. vanessaroballogarcia@gmail.com. Autor principal

² Aluno de pós-graduação. marcieleba@yahoo.com.br. Co-autor

³ Aluno de pós-graduação. thailatgn@gmail.com. Co-autor

⁴ Aluno de pós-graduação. saucedo.mariana@gmail.com. Co-autor

⁵ Aluno de pós-graduação. lidielebueno89@gmail.com. Co-autor

⁶ Aluno de pós-graduação. ruidorneles7@gmail.com. Co-autor



RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: UM RELATO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS JUNTO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

1. INTRODUÇÃO

Os programas de residência multiprofissionais em saúde junto aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde visam através da educação permanente, seja dos pós-graduandos e/ou dos profissionais que já atuam na rede, transformar e/ou modificar as práticas em saúde, sendo assim, o processo de formação visa preparar profissionais para atuarem no SUS, orientados pelas práticas que atendam os princípios da reforma sanitária e, bem como, os princípios e diretrizes do SUS.

Com a promulgação da Lei nº 11.129/2005 as residências em saúde são regulamentadas para atuarem a partir do contexto do cenário local e regional ao qual se inserem. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) indica que as áreas de saúde abrangentes de atuação junto aos programas, sendo elas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998). Cabe ressaltar que o Conselho Nacional de Residência em Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) é coordenado pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME).

Dito isso, o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), conta com três ênfases multiprofissionais e uma ênfase profissional, sendo elas: Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva, Urgência e Emergência e, ainda, o Programa de Residência em Medicina Veterinária. Quanto ao programa, o mesmo teve início no ano de 2015. Os/as residentes das ênfases inserem-se nos três níveis de complexidade em saúde do SUS, cabendo destacar que o presente trabalho fará um recorte a partir das experiências dos R1 (residentes do primeiro ano que ingressaram no ano de 2017) da ênfase de Saúde Mental Coletiva, profissionais das seguintes áreas: Educação Física (2), Fisioterapia (1), Nutrição (1), Enfermagem (1) e Serviço Social (1), os profissionais citados a cima inserem-se junto aos serviços de média complexidade em saúde, sendo estes os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O trabalho tem o intuito de demonstrar as práticas multiprofissionais, sejam elas entre a equipe dos residentes e, ainda, junto às equipes dos serviços de saúde que também são heterogêneas. Logo, enquanto objetivo pretende-se dar visibilidade a inserção e as práticas profissionais, a fim de socializar as práticas e as mudanças oriundas desse processo junto às práticas em saúde nos serviços aos quais os/as residentes se inserem. Dito isso, justifica-se a relevância do mesmo, considerando a potencialidade das ações desenvolvidas nesses espaços.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido através da revisão documental dos planos de ação multiprofissionais dos/as residentes da ênfase de Saúde Mental Coletiva, bem como, das legislações da Política Pública que Saúde. Sendo a forma de coleta realizada através da observação das ações e documentos, e a amostra do estudo são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Uruguaiana/RS. E ainda, fez-se uso de fontes bibliográficas para conceituar os elementos da realidade em que os/as residentes se inserem. Para construção textual aplicou-se o método

dialético crítico e a análise qualitativa para interpretação das informações. Por fim, cabe ressaltar que o estudo trata-se de um relato de experiência.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No campo da saúde faz-se necessário retomar a construção da Política Pública de Saúde, bem como, a criação do Sistema Único de Saúde para problematizar a realidade de saúde no país, sendo assim, o resgate histórico tem seu início da década de 1970 com o movimento de Reforma Sanitária brasileira (RSB), nesse período ocorria também o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB). Enquanto resultado dessas movimentações profissionais e sociais foi realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a produção oriunda desse encontro contribuiu para a construção dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 (CF 88), que trata que a saúde é um direito de todos e um dever Estado. Posterior a esse movimento, no ano de 1990 foram criadas as Leis Orgânicas de Saúde (LOS), sendo elas as Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que são as legislações que regulamentam a criação do Sistema Único de Saúde.

No que diz respeito à reforma psiquiátrica no país um dos principais momentos do processo, segundo Heidrich (2007) foi a promulgação da Lei nº 10.216/01, que “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Essa lei, que também é conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica” (HEIDRICH, 2007, s.p), é o marco histórico da luta pela reforma em saúde mental no país, visto que a mesma define a construção de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental em todo território brasileiro. Diversas Portarias definem sobre o papel do CAPS e a forma como os mesmos se organizam, valendo destacar as portarias nº 336/2002, nº 189/2002, nº 2.841/2010, nº 3.089/2011 e nº 130/2012, dentre outras portarias que tratam sobre a rede de cuidados em saúde mental.

Já no de 2005, com a promulgação da Lei nº 11.129/2005 a residências multiprofissionais em saúde inserem-se no cenário brasileiro, atuando para uma formação qualificada dos profissionais e orientada pelas diretrizes e princípios do SUS e, ainda, visa promover para os residentes um espaço de formação baseada no cuidado ampliado em saúde, para além do processo saúde-doença e a partir da inserção dos mesmos nos espaços sócio-ocupacionais transformar a realidade dos serviços, sejam elas diretamente com os usuários e/ou com as equipes dessas instituições.

Com a inserção dos/as residentes (R1) da ênfase de Saúde Mental Coletiva nos serviços de saúde mental na cidade de Uruguaiana, orientados pelos planos profissionais e multiprofissionais foi possível desenvolver atividade inovadoras, coletivas, como também, somar junto aos grupos, oficinas e/ou atividades já existentes nos serviços. Dentre as atividades realizadas em caráter multiprofissional, cabe citar os grupos de educação em saúde, os espaços de acolhimento aos usuários/as e seus familiares, o grupo de usuários/as e familiares, o grupo CAPS filosófico, oficina de atividades de vida prática (AVP's), oficina de pilates, oficina de expressões artísticas, oficina de manejo de crise e primeiros socorros, dentre outras espaços de intervenção multiprofissional. Valendo destacar que as atividades eram mediadas tanto por residentes quanto pelos profissionais dos CAPS.

As ações desenvolvidas visavam promover o cuidado em saúde mental, bem como, criar espaços para o exercício da autonomia e protagonismo dos usuários/as. Portanto, considerando que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem relevância no cenário de novas práticas em saúde mental, dito isso, dada a

configuração estratégica desse dispositivo e sua proposta de alterar o modelo centrado na internação hospitalar, vale destacar que os CAPS possuem função organizativa quanto aos demais dispositivos de saúde mental da rede. Para tanto, as autoras caracterizam o CAPS da seguinte forma:

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensivas e articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado⁷ voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (CAMPOS; FURTADO, 2006, p. 1055).

Dito isto, as ações foram direcionadas ao encontro da proposta de reabilitação psicossocial dos/as usuários/as, fossem através da intervenção direta com os mesmos ou ainda em processos reflexivos com as equipes de profissionais dos serviços aos quais os/as residentes atuaram. A reabilitação psicossocial caracteriza-se enquanto uma das premissas da reforma psiquiátrica brasileira, sendo assim, a reabilitação psicossocial dar-se-á:

Ao construir o paradigma da reabilitação psicossocial em detrimento do paradigma da patologização dos indivíduos, a reforma psiquiátrica parte do reconhecimento de que a dimensão social da vida dos indivíduos é um aspecto central em sua reabilitação psicológica ou psiquiátrica, ou seja, reconhece-se que os modos de vida, os ambientes de vivências e as condições sociais dos sujeitos podem favorecer a reabilitação ou, por outro lado, acirrar ainda mais o sofrimento mental. Toda experiência manicomial, centrada na exclusão, na desumanidade e na psiquiatria clássica provou, historicamente e negativamente, que os ambientes, os determinantes sociais influenciavam na reabilitação dos sujeitos, isto é, está provado na história que com as práticas de isolamento, a insalubridade e a falta de cidadania é impossível reabilitar o indivíduo (ROCHA, 2012, p. 40).

Por fim, alinhados aos princípios e diretrizes do SUS, bem como, da reforma psiquiátrica, as práticas multiprofissionais dos residentes da ênfase de Saúde Mental Coletiva promoveram espaços de construção entre equipes, e gerou espaços de tensionamentos e transformações, tendo em vista a proposta das residências em saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades descritas acima ocorreram durante os meses de março e agosto, sendo que no atual momento os campos práticos são os mesmos, mas com turnos alternados entre os/as residentes nos espaços sócio-ocupacionais. Desse processo de formação é possível perceber o vínculo criado com os serviços, profissionais e usuários/as. Para além da transformação nas práticas institucionais, vale considerar que a qualificação profissional, enquanto futuros profissionais da Política Pública de Saúde, ocorre entre a equipe de residentes. Dito isto, os esforços são fundamentais para materializar o aspecto multiprofissional dentro dos espaços de saúde e retoma a necessidade de formar trabalhadores/as qualificados.

Por fim, somente com uma formação qualificada e com espaços de educação permanente será possível romper as práticas centradas no aspecto biomédico e/ou centrado na doença e, assim, tornar as práticas pautadas no cuidado integral,

reconhecendo os determinantes no processo saúde-doença, promover espaços de participação e autonomia dos/as usuários/as, proporcionando a desinstitucionalização da saúde mental dos serviços e permitindo que os sujeitos usuários/as dos serviços habitem o território.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal de 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Resolução 289 de 8 de Outubro de 1998. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de outubro de 1998, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando que:

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Portaria nº 336 336/GM em 19 de Fevereiro de 2002. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Portaria nº 189 de 20 de Março de 2002. Considerando a Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental, e Considerando a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes que demandam atenção em saúde mental, resolve. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Lei nº 11.129 de 30 de Junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

BRASIL. Portaria nº 2.841 de 20 de Setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Portaria nº 3.089 de 23 de Dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Portaria nº 130 de 26 de Janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF, 2012.

CAMPOS, R. T. O.; 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. In: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006.

HEIDRICH, A. V. Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 205f. 2007. Tese Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Doutorado em Serviço Social, Porto Alegre, BR-RS, 2007.

ROCHA, T. S. A Saúde Mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais: limites, desafios e possibilidades. 73f. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal Fluminense. 2012.