


REDE DE CUIDADOS DE CARMO DURANTE O INTERNATO EM SAÚDE MENTAL

*EXPERIENCE IN CARMO'S CARE NETWORK DURING THE ACADEMIC INTERNSHIP IN
MENTAL HEALTH*

Stéphane V. de Paiva¹; Mariana Beatriz Arcuri²; José Carlos Campos³; Érica Regina V. da Rocha⁴

¹ Aluna de Graduação em Medicina do UNIFESO; ² Professora Titular do Curso de Medicina do UNIFESO; ³ Professor assistente do Curso de Medicina do UNIFESO; ⁴ Preceptora em Saúde Mental do Curso de Medicina do UNIFESO.

RESUMO

A história da Psiquiatria no Brasil mostra como foi difícil chegar nos moldes de atenção à Saúde Mental da atualidade. Passando pelas colônias agrícolas até a desinstitucionalização manicomial durante a Reforma Psiquiátrica, essa rica trajetória não deveria se limitar apenas ao campo teórico durante a formação dos futuros profissionais que darão continuidade a essa luta. Assim, em 2014 são publicadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), onde há clara orientação para uma maior inserção dos estudantes na Atenção Primária e para a construção de um módulo de Internato em Saúde Mental. Com o intuito de se adequar às novas DCN, o Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) iniciou em 2017 o internato acadêmico na área da Saúde Mental no município de Carmo, Rio de Janeiro. O presente trabalho tem como objetivo compartilhar a experiência da autora durante o internato médico em Saúde Mental no Município de Carmo (RJ), além de propor uma reflexão crítica sobre o estigma que paira sobre o Psiquiatria até hoje, a partir das práticas vistas e vividas nesse rico cenário.

Descritores: Educação médica; Psiquiatria; Saúde mental; Avaliação educacional; Desinstitucionalização.

ABSTRACT

Brazilian Psychiatric history shows how difficult it was to reach the current Mental Health Care model. The moving path of psychiatric reform, since agricultural colonies to asylum deinstitutionalization should not be limited to theoretical classes during medical graduation in order to form qualified professionals who will continue this struggle in the future. Thus, the reviewed guidelines for medical school published in 2014 has a clear orientation towards experiences and practices in primary care and stimulate the creation of a mental health module. In order to adapt to the new guidelines UNIFESO began in 2017 an academic internship in mental health in Carmo, municipality of Rio de Janeiro. The present paper aims to share the experience of the author during the medical internship in mental health in Carmo (RJ) in addition to proposing a critical reflection on the stigma that hangs on psychiatry until today, from the practices seen and experienced in this rich scenario.

Keywords: Education, Medical; Psychiatry; Mental Health; Educational Measurement; Deinstitutionalization.

INTRODUÇÃO

“Louco”, segundo a definição do dicionário Aurélio é aquele: “que é considerado fora do habitual; que revela falta de sensatez; que está fora de si, descontrolado; que está dominado por sentimento de grande paixão; que ou quem perdeu a razão; que ou quem apresenta distúrbios mentais”; e o significado que mais nos chama a atenção em função da vivência relatada neste trabalho e melhor define o sentido que damos a essa palavra é: “que ou quem tem um comportamento absurdo, exagerado, contrário ao bom senso ou ao que é considerado razoável” (Holanda, 2018). Todo aquele que foge ao padrão “normal” da sociedade é assim taxado, e talvez por isso, até hoje exista uma visão estigmatizada que insiste em pairar sobre a Psiquiatria e os portadores de distúrbios mentais.

O início da história psiquiátrica no Brasil pode ser entendido a partir da chegada da família Real Portuguesa, por volta de 1808. Nesse momento, com o crescimento das cidades e aumento da população, viu-se a necessidade de retirar os “loucos” das ruas, incluindo doentes, mendigos, criminosos e delinquentes. Esses “alienados” eram jogados nas prisões ou nos porões das Santas Casas. O objetivo era o isolamento e não o cuidado terapêutico (Mesquita, Novellino, Cavalcanti, 2010).

Em 1852 é inaugurado o Hospício Pedro II, um marco na visão alienista no Brasil. Entretanto, logo se tornou um problema devido à lotação. Visando resolver essa questão e tendo em vista o Congresso Internacional de Alienistas, realizado em Paris em 1889, inicia-se um novo marco: a construção das colônias agrícolas. Essas eram construídas em zonas rurais, longe dos centros comerciais. Possuíam como objetivo o isolamento dos alienados, visto como medida terapêutica, poupando-os dos “males da civilização”; também, como medida terapêutica, instituiu-se o trabalho agrícola, para que os paciente se mantivessem ocupados e gerando subsídios para o próprio sustento³. Assim eram tratados os “loucos”: longe dos

olhos. Por anos a ideia do hospital-colônia vingou, foi aperfeiçoada e melhorada, até se tornar um modelo que não se encaixava mais nos anseios de uma sociedade cada vez mais evoluída e instruída (Venâncio, 2011).

No final da década de 70, deu-se início à chamada Reforma Psiquiátrica no Brasil, tendo como pontapé uma série de denúncias feitas contra a política de saúde mental no país. Com a realização de Congressos Nacionais do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e após anos de luta do Movimento de Luta Antimanicomial, em 2001 é aprovada a Lei Paulo Delgado (Lei Federal 10.216/2001). Esta visava regulamentar os direitos dos cidadãos com transtorno mental e a extinção gradual dos manicômios. A aprovação dessa lei foi crucial para a Reforma, ditando um novo ritmo e novas perspectivas para esse processo que acontecia no país, mudando de vez a forma de tratamento do usuário de saúde mental. A partir daí ocorreu a criação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e de programas de reinserção social, como o “De Volta para minha Casa” (Mesquita, Novellino, Cavalcanti, 2010).

Neste momento, inicia-se o processo de desinstitucionalização da loucura, e, para que esse processo fosse efetivado, uma rede extra-hospitalar deveria ser montada. E assim foi feito: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura², sendo regulamentada pela Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002 (Ministério da Saúde, 2002). Todo esse processo tem mudado a vida de milhares de pacientes que passaram anos presos em instituições e que agora são novamente inseridos na comunidade.

Mas essa luta ainda está longe de acabar. Ainda há muito o que se fazer, muitos preconceitos e barreiras a serem quebradas. Assim, tendo consciência disso, e sabendo da rica história nacional da Psiquiatria, percebeu-se que apenas o campo teórico não era suficiente

para formar os futuros profissionais que darão continuidade a essa luta.

Sabe-se que cada vez mais pessoas procuram tratamento nos ambulatórios de saúde mental, tendo aumentado também o uso de psicotrópico pelos brasileiros (Nasario, Silva, 2015). Sabe-se também que, muitas vezes, esses medicamentos são prescritos na Atenção Básica (Freire, 2017), seja por maior acesso da população a esse serviço, seja por falta de atendimento especializado, uma vez que apenas 2,7% dos médicos especialistas são psiquiatras (Scheffer, 2018).

Tendo todo esse cenário como pano de fundo e sabendo da crescente demanda na Atenção Básica oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2014 foram aprovadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), revisão das DCN de 2001, que tem como objetivo formar médicos com:

“(...) formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual 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.” (Ministério da Educação, 2014).

As mudanças nas novas DCN visam a formação de um médico mais generalista e humanista, além de valorizar mais a sua atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), buscando melhorar a qualidade do serviço nacional. Segundo este documento, 80% dos problemas de saúde são resolvidos na Atenção Básica, enquanto a formação dos novos médicos acaba centrando sua atuação na área hospitalar (Ministério da Educação, 2014).

“(...) para que seja possível continuar acompanhando as mudanças na área da saúde, a educação dos futuros médicos precisa responder aos novos desafios das

sociedades contemporâneas, incorporando uma visão mais aprofundada dos problemas sociais do País, contemplando adequadamente a atenção básica e valorizando a formação voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS) como importante alternativa de trabalho do profissional da Medicina” (Ministério da Educação, 2014).

A presente Diretriz também leva em consideração o Programa Mais Médicos, visando “ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira” (Ministério da Educação, 2014).

Assim, as principais mudanças apresentadas foram:

- 1) Instituição de ao menos 30% do Internato médico em área de Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, sendo o tempo mínimo de 2 anos de Internato (Ministério da Educação, 2014).
- 2) A carga horária restante do Internato deverá contemplar as seguintes áreas: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetria, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, sendo atividades eminentemente práticas (Ministério da Educação, 2014).

A previsão de implantação destas mudanças, segundo as DCN, poderia ser progressiva e deveria ocorrer até 31 de dezembro de 2018. Desta forma, o Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) começou em 2016 a reestruturação de seu Projeto Pedagógico do Curso (PPC) a fim de se adequar às novas DCN.

Criado em 1970, o curso de Medicina do UNIFESO tem grande prestígio e excelência ao longo de sua história. Sempre buscando se adaptar às mudanças propostas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação (MEC), apresentou um projeto em 2002 com base no Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED). Aprovado em 2005, a Instituição agora contava

com o que havia de mais moderno no ensino universitário: a implementação das metodologias ativas, visando a maior autonomia do aluno, construção do pensamento crítico, intervenção na realidade e fundamentada na prática médica (UNIFESO, 2017).

Com essa metodologia, os alunos são inseridos desde o primeiro período nos campos de prática, como UBS, escolas, creches e asilos, na lógica da integração ensino-trabalho-cidadania (IETC). Os cenários reais de prática são compostos também por hospital-escola, ambulatorios e, através do COAPES, os equipamentos de saúde do Município de Teresópolis. No Internato, que já era praticado em dois anos, previa-se a inserção nos três níveis de atenção, incluindo o estágio em Atenção Básica e Medicina de Família e Comunidade.

Entretanto, ainda havia caminho a percorrer. O maior desafio foi a implementação de um cenário voltado à Saúde Mental, eminentemente prático e capaz de permitir ao estudante uma real vivência nessa área para a formação de importantes atributos – como, por exemplo, atitudes críticas e responsáveis frente aos complexos problemas desta área de atuação médica.

Até então, esse tema era componente curricular do segundo ano de formação, no 4º período, momento no qual se estudava a Psicopatologia e a Psicofarmacologia, além de visitas ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Teresópolis e Guapimirim e alguns poucos dias de acompanhamento em ambulatório de Psiquiatria. No entanto, atender às DCN significava revisitar as metodologias de ensino-aprendizagem em saúde mental e ampliar a inserção prática para a lógica de um estágio curricular em regime de internato, além do componente curricular teórico-prático. Assim, antes mesmo da data limite, o UNIFESO deu início a uma nova etapa na sua história: a inserção dos acadêmicos do 9º período na rede de Atenção à Saúde Mental do município de Carmo, RJ.

Esse trabalho tem como objetivo relatar as experiências vividas durante essa inserção e expor reflexões sobre situações do cotidiano dos alunos e pacientes durante este período. Tendo em vista a riqueza do crescimento acadêmico crítico-reflexivo que esse cenário proporcionou, o presente relato prestou-se como uma forma de fechar este ciclo e contribuir para que estudantes e profissionais da área experimentem uma reflexão do tema.

METODOLOGIA

Este é um relato da experiência vivenciada durante o internato em Saúde Mental, que ocorreu dentro no 9º período do curso de bacharelado de Medicina do UNIFESO. Esta narrativa se refere ao primeiro semestre de 2018.

O 9º período, que engloba os Módulos de Internato em Atenção Básica e Saúde Mental é realizado em um semestre letivo, de vinte semanas e é dividido em 3 cenários reais de prática: estágio curricular obrigatório em regime de Internato: em Atenção Básica (UBS e PSF) do Município de Teresópolis, em Clínicas de Saúde da Família (CSF) no Município do Rio de Janeiro e em Saúde Mental no Município de Carmo, orientado pela lógica da Integração Ensino, Trabalho e Cidadania (IETC). As atividades práticas são precedidas de atividades introdutórias teóricas, na primeira semana de aula (atividades que não excedem os 20%). A distribuição dos grupos dentro de cada turma do curso é feita em sistema de rodízio. A escolha dos grupos e da ordem dos rotatórios é feita pela coordenação do período. Do total do semestre, 5 semanas de atividades são relacionadas ao Internato de Saúde Mental. Na primeira semana, as atividades são planejadas ainda em Teresópolis, momento que foi protegido para o resgate de conceitos vistos no 4º período - como Psicopatologia, Psicofarmacologia e também, para dialogar sobre os principais transtornos psiquiátricos que serão encontrados na prática. Além disso, é também planejada visita guiada ao hospital-penitenciário localizado no Complexo de

Bangu, no Rio de Janeiro. Para as demais 4 semanas restantes, foi planejada a inserção em regime de internato, 4 dias da semana no Município de Carmo.

DISCUSSÃO

Carmo, um pequeno Município do Estado Rio de Janeiro com apenas 17 434 habitantes (IBGE, 2010), apresenta uma rica história na área de Saúde Mental. Em 1947 foi fundado nos arredores deste município, a “Colônia de Psicopatas de Carmo”, chegando a abrigar 400 pacientes transferidos de outros municípios e até de Minas Gerais. Baseado nos moldes das Colônias Agrícolas, os relatos eram de que “as formas de tratamento se confundiam com as de punição, como qualquer instituição asilar, e eram comuns as injeções de haloperidol (o vulgar sossega leão), os cubículos, como castigo por alguma rebeldia ou agitação” (AUFASSAMC, 2018). Em 2001, devido às condições de descaso e abandono com o local, a Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro iniciou o processo de intervenção que culminaria com o fechamento do hospital e início de uma rede de atenção e cuidados extra-hospitalares à Saúde Mental de causar inveja em qualquer grande centro, tendo como base a Reforma Psiquiátrica (Abramenko, 2017).

Atualmente a rede de atenção psicossocial do município de Carmo conta com serviço do CAPS, 4 leitos de Saúde Mental no Hospital Geral, Centro de Convivência Paula Cerqueira, 17 serviços de Residências Terapêuticas, 6 Estratégias de Saúde da Família (ESF) com cobertura total do território, SAMU, Programa De Volta Para Casa, o Serviço de Atenção à Infância e Juventude e ações articuladas do Núcleo Estadual de Saúde Mental como o Núcleo de Desinstitucionalização, o Núcleo de Ensino e Pesquisa e Supervisão Clínico-Institucional (AUFASSAMC, 2018). As atividades práticas do Internato em Saúde Mental ocorrem no contexto acima, rico ambiente de aprendizagem, durante 4 semanas.

Em Carmo, as atividades do módulo de saúde mental do internato do curso de graduação em Medicina foram divididas entre o CAPS, discussão de casos, atendimento no ambulatório de Psiquiatria e aos leitos psiquiátricos do Hospital Geral, visita e atendimento aos moradores das Residências Terapêuticas (RT) junto à ESF responsável, acompanhamento de um usuário-guia da comunidade (morador de Carmo que faz ou que necessita de tratamento na rede de Saúde Mental) e de um usuário-guia da RT (morador de alguma RT que necessite de um acompanhamento individual). Todas essas atividades somam 176 horas de estágio em Saúde Mental durante o nono período. O que não faltaram foram atividades e oportunidades de aprender sobre essa vasta área que é a da Saúde mental.

O CAPS é um lugar de acolhimento integral ao paciente. Ali eles podem permanecer o dia todo participando das atividades propostas de acordo com seu Plano Terapêutico singular e fazendo suas refeições, ou comparecendo apenas para atendimentos e atividades isoladas. É organizado na lógica do atendimento multiprofissional e inclui atividades em grupo como rodas de conversa, oficinas terapêuticas de artes e culturais, atendimento individual e coletivo com psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. Além disso, o CAPS funciona também como porta de entrada da Saúde Mental, sendo que qualquer usuário da sua área de abrangência pode buscar apoio primário nessa instituição. O CAPS funciona como um ponto de acolhimento e de partida: a sua equipe pode fazer busca ativa de pacientes, marcação de consultas assim como acompanhamento no dia, se for preciso; assessorando e auxiliando em processos burocráticos e sociais; inserção e reinserção do usuário na comunidade, seja através do trabalho, ensino ou lazer; trabalho de fortalecimento de laços familiares e sociais. Todas essas estratégias são usadas para a elaboração de projetos terapêuticos diários e singulares, visando o atendimento integral e

individual de cada paciente, visando a resolubilidade, integralidade e descentralização, princípios fundamentais do SUS.

No CAPS na cidade de Carmo, acompanhei as atividades diárias: o grupo “Bom dia” - momento em que os usuários ficam reunidos em volta de uma grande mesa e, guiados por uma das funcionárias, falam como foi a sua noite/final de semana; nesta oportunidade há um espaço para tirar dúvidas sobre o tratamento, medicamentos e, quando pertinente, o médico da equipe participa e aborda algum tema de relevância e esclarece os questionamentos. Trata-se de um espaço de troca de experiências que, como percebi, os usuários gostam muito; apesar de nem todos falarem por espontânea vontade, o grupo sempre está cheio. Outra atividade que tive o prazer de participar, foi da oficina de artesanato; os usuários se sentem mais à vontade neste momento e a interação foi maior; em uma conversa informal, alguns deles até contam sobre sua vida e trajetória; era um bom momento para praticar a anamnese psiquiátrica. As discussões de caso também ocorriam nesse ambiente: o preceptor escolhia um paciente, o qual ele sabia que iria nos instigar, e conversávamos com ele, colhendo sua história e fazendo perguntas para direcionar um possível diagnóstico. Depois, quando o paciente se retirava, fazíamos uma rica discussão sobre o caso; falávamos de tudo: patologia, sintomas, tratamento, farmacologia. Essa discussão, servia de base para o estudo, pois eu me sentia instigada com os casos e estudava o transtorno visto. Esta era uma atividade que nos estimulava muito, pois víamos o paciente com todas as suas peculiaridades e nuances da sua patologia, e depois podíamos ler nos livros textos tudo aquilo, criando um sentido muito maior para aquela teoria. Foi algo que acrescentou muito na minha trajetória enquanto acadêmica de Medicina.

Um dos meus momentos preferidos era o atendimento no ambulatório de Psiquiatria. Neste espaço, um médico Psiquiatra fazia os atendimentos ambulatoriais dos pacientes

encaminhados. Ali, o preceptor nos dividia em duplas e nos deixava atender os pacientes, realizando a supervisão e discutindo conosco a decisão terapêutica. Foi o cenário que senti maior autonomia e liberdade para a tomada de decisões, o que é muito importante, pois sentia uma vontade maior em estudar, uma vez que eu poderia resolver sozinha a questão de algum paciente durante a consulta. Após os atendimentos, íamos ao Hospital Geral visitar os leitos psiquiátricos. Apesar de rápidas as discussões, pude perceber um cenário bem diferente dos outros por se tratar de uma terapêutica aguda, diferente da maioria das outras situações que eram acompanhamentos crônicos.

A ESF, assim como as UBS, realiza o atendimento da população pertencente àquela área. Médicos, enfermeiros e assistentes comunitários formavam as equipes de trabalho. Assim, neste cenário, quando íamos visitar uma determinada RT, voltávamos o nosso olhar para o clínico. Neste momento você deveria enxergar além do diagnóstico mental e voltar a atenção ao hipertenso, ao diabético, ao dislipidêmico, ou ao portador de uma dilatação de aorta abdominal que reclamava apenas de dor na barriga há muito tempo, fato que pude presenciar e encaminhar ao profissional responsável. O paciente em questão já havia passado por alguns profissionais sem obter a resolução de seu caso, uma vez que a visão estigmatizada de “portador de doença mental” falava mais alto.

As RT's são uma conquista da Reforma Psiquiátrica que deve ser muito valorizada. Nessas residências vivem moradores que ficaram anos institucionalizados, passando muitas vezes por maus tratos e vivendo em condições precárias. Trata-se de uma casa bem estruturada, construída para atender às demandas de moradia desses usuários que muitas vezes perderam os laços com familiares e com a sociedade. Moram, em média, 8 pacientes, e são assistidos a todo tempo por cuidadoras. Estas, são responsáveis pela limpeza do ambiente e alimentação dos

residentes, além de monitorar a tomada dos remédios e levar nas consultas quando necessário. Em algumas RT's existem pacientes acamados ou com algum distúrbio que necessite de cuidados constantes; entretanto, muitos pacientes estão estáveis há muitos anos e conseguem levar uma vida como qualquer outro cidadão: saem sozinhos para passear, tomam café na padaria, fazem caminhadas na praça e até são responsáveis pelo recebimento do benefício. Uma das atividades propostas pelo programa do internato, era o acompanhamento de um morador de uma RT durante todo o período em que estivéssemos ali.

Nossa função era atender as demandas daquele usuário: colher anamnese e história progressa, revisar a parte médica, avaliando a necessidade de marcação de consultas, seja psiquiátricas ou de outras especialidades, checar exames realizados, além de outras necessidades pessoais, como serviços sociais, retirada de novos documentos, incentivo à prática de atividades físicas ou culturais, participação de momentos sociais na cidade ou no próprio CAPS. Entretanto, na maioria das vezes, tudo que esses pacientes precisavam era de alguém para ouvi-los. A maioria adorava os alunos pois chegávamos para conversar e ouvir suas histórias de vida.

Um dos pacientes que eu acompanhei, me contou que era independente e muito feliz com a vida atual. Após viver 19 anos institucionalizado, ele se dizia realizado com a sua situação, afirmando viver com amigos e que, inclusive, gosta muito de ser acompanhado pelos alunos de Medicina. Ouvir esse relato não tem preço. Pude ver e acompanhar de perto e vida de alguns desses pacientes, antes presos, castigados e tratados de maneira desumana, agora felizes e conseguindo a inserção na sociedade novamente. O impacto da Reforma e da luta antimanicomial são inegáveis. Com certeza nós, profissionais em formação, fomos os maiores beneficiados desses encontros.

Além do usuário da RT, também deveríamos escolher um usuário da comunidade para acompanhar durante o período do estágio.

Este poderia ser um paciente do ambulatório, frequentador do CAPS ou algum morador da cidade que precisasse de um acolhimento mais individualizado. Este caso, em particular, me marcou muito, pois senti que pude fazer uma grande diferença no tratamento e na vida dele, mesmo que em um curto espaço temporal. Tratava-se de um paciente muito recluso, com um grau de depressão muito evidente e que estava sendo pouco assistido pelo CAPS. Ele só comparecia às suas consultas mensais para pegar receita e nada mais. Sua prescrição era a mesma há anos e era claro que necessitava ser ajustada, pois, seu estado depressivo continuava grave. Frente a este quadro, não pude simplesmente fechar os olhos e dar seguimento a uma conduta, que a meu ver, não era correta. Tive vários encontros com o dito paciente e conversei muito com ele sobre uma possível mudança de medicação, a qual o mesmo se mostrou receptivo. Assim, argumentei a favor dessa mudança por achar que seria benéfica ao paciente. Procurei o médico responsável e lhe expliquei a situação, deixando claro, inclusive, por que eu achava que o diagnóstico estava errado e por que a medicação deveria ser trocada. Este momento me deixou muito abalada por 2 motivos: primeiro, a visão engessada do médico a respeito do paciente, não sendo muito favorável a rever sua conduta frente ao caso; infelizmente, percebi isso em alguns profissionais durante o estágio: nós, médicos em formação, chegávamos cheios de ideias e novas propostas, querendo fazer a diferença e ajudar os pacientes, entretanto, algumas vezes parecia que jogavam um “balde de água fria” em nós; era-nos sugerido no início do internato que estudássemos os casos e que propuséssemos intervenções cabíveis, mas, muitas não eram aceitas pelos responsáveis do serviço, fato que nos deixava bastante desanimados. O segundo motivo foi a dificuldade em conseguir bons medicamentos para pacientes sem condições financeiras para comprá-los, assim, acabava-se receitando aquele que estava disponível da farmácia do SUS, e nem sempre era a melhor opção. Apesar

das dificuldades, depois de muito argumentar, consegui que o médico responsável fizesse uma mudança da prescrição. Duas semanas após a mudança, era visível a melhora do paciente; este se encontrava mais disposto, já saía de casa e até cogitava voltar a estudar.

Outro acontecimento interessante neste caso foi a “aparecimento” de uma vaga para este paciente com um psicólogo da rede após dois anos de espera. Fato foi que, no início do acompanhamento, eu havia perguntado ao paciente sobre a possibilidade de fazer terapia. Neste momento, o mesmo me disse que já havia há dois anos um pedido de vaga junto ao Centro de Reabilitação, um lugar diferente do CAPS, mas que também realizava atendimentos com profissionais da área da Psicologia. Fui então ao dito centro para saber o que estava acontecendo. Após ficar quase uma hora esperando, me disseram que não havia este encaminhamento lá, provavelmente havia se perdido, pois no prontuário do paciente constava que esse havia sido feito. Me comprometi a levar outro na semana seguinte. Entretanto, na semana seguinte, ocorreu a greve dos caminhoneiros, fato que nos impossibilitou de ir a Carmo. Duas semanas depois, quando voltei a me encontrar com o paciente, este me disse que havia sido chamado para a consulta com o psicólogo. Resumindo, parece que ele não havia sido chamado antes, pois ninguém “ficou no pé” dos responsáveis para que o paciente conseguisse a terapia. Este se mostrou um bom exemplo do quanto esse estágio nos qualifica e ajuda à rede de saúde mental no seu processo.

CONCLUSÃO

Apesar da Psiquiatria ainda hoje ser uma área mais afastada da Medicina *tradicional*, tem-se percebido a sua crescente atuação. A implantação do estágio obrigatório em Saúde Mental pelas DCN corrobora esse fato e reafirma a necessidade de se dedicar maior tempo da formação dos futuros médicos nesta área que vem crescendo a cada dia. A Reforma Psiquiátrica abriu um leque de oportunidade para os pacientes, antes ignorados pela

sociedade, voltarem a fazer parte da comunidade. Assim, é nosso dever como acadêmicos/médicos lutar e contribuir nesse processo que já vem mudando, para melhor, a vida de milhares de pessoas.

O internato em Carmo foi uma experiência singular na minha formação. As histórias que ouvi, as experiências que compartilhei e as vivências que presenciei vão muito além do que qualquer sala de aula poderia me mostrar. O acompanhamento dos usuários me deu a percepção de ser corresponsável pela elaboração do plano terapêutico e que, poderia acompanhar, ainda que por pouco tempo, a evolução do paciente. Entretanto, acabei me deparando com a falta de preparo de alguns médicos e assistentes da rede em receber os acadêmicos para discutir novas condutas e revisar os planos de tratamento dos pacientes. Entre as competências que me são exigidas no estágio, estão: envolvimento com as equipes multiprofissionais para discussão e elaboração conjunta de projetos terapêuticos; no entanto, a resistência dos profissionais médicos já formados, atuantes no dia-a-dia, pouco críticos de seu papel de transformador constante da realidade, foi percebida por mim todas as vezes que trazia uma visão de fora.

Este relato pode servir de exemplo para a implantação do internato em saúde mental em outras instituições, pois é um momento ímpar na vida do acadêmico; além de servir de lembrete aos profissionais já formados para que nunca se acomodem ou fiquem com a visão engessada pelo tempo e experiência do trabalho. Sempre há algo que podemos fazer para mudar e melhorar a vida das pessoas que cuidamos.

O módulo de saúde mental foi um dos momentos mais ricos do meu internato. Vendo a riqueza do serviço de Saúde Mental de Carmo, não poderia ter sido escolhido lugar melhor para o Internato nessa área.

REFERÊNCIAS

1. 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. *Cad. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 169-176, 2017.
2. Associação dos usuários, familiares e amigos dos serviços de saúde mental do Carmo. AUFASSAMC. Disponível em: <<https://www.aufassamc.org.br/>>. Acesso em: 27 jun. 2018.
3. Freire, B. C. et al. Uso de psicofármacos na atenção básica: um estudo transversal. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, Campina grande. Disponível em: <www.conbracis.com.br>. Acesso em: 27 jun. 2018.
4. Holanda, Aurélio Buarque de. Dicionário Aurélio. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/louco>. Acesso em: 27 Junho 2018.
5. IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/carmo/panorama> >. Acesso em 4 Jul 2018.
6. Mesquita, José Ferreira De; Novellino, Maria Salet Ferreira; Cavalcanti, Maria Tavares. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. *Anais do XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, Caxambu – MG - Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010; p.02-09.
7. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 6/6/2014, Seção 1, Pág. 17.
8. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014; Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – Pág. 01.
9. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 20/02/2002, Seção 1, Pág. 22.
10. Nasario, Marcela; Silva, Milena Mery Da. O consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos na atualidade. Rio do Sul – SC; 2015. Pós-Graduação de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Lato Sensu) - Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI.
11. Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018; p. 286. ISBN: 978-85-87077-55-4. Acesso em: 27 jun. 2018.
12. UNIFESO. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. Teresópolis: UNIFESO, 2017.
13. Venâncio, Ana Teresa A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.35-52.