

RELATOS DE PRÁTICA - V. 3
EXPERIÊNCIAS DO
ACADÊMICO DE

saúde

NO MUNDO
DO TRABALHO

MEDICINE
HEALTH
TREATMENT
DOCTOR
SURVEY
RECIPE

MEDICINE

MED
HEAL
TREAT
DOCT
SURVI
RECIPE

is not simply random text.
terature from 45 BC, making
Clickback - a Latin professor at

ORGANIZADORES

Alba Barros Souza Fernandes

Leonardo Possidente Tostes

Mariana Beatriz Arcuri

Simone Rodrigues

RELATOS DE PRÁTICA - VOL 3

**Experiências do acadêmico de saúde no
mundo do trabalho**

Editora UNIFESO

2020

Copyright© 2020
Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

EDITORA UNIFESO

Comitê Executivo

Elaine Maria de Andrade Senra (Presidente)
João Cardoso de Castro (Coordenador Editorial)
Valter Luiz da Conceição Gonçalves

Conselho Editorial e Deliberativo

Ana Maria Gomes de Almeida
Edenise Silva Antas
Elaine Maria de Andrade Senra
João Cardoso de Castro
Mariana Beatriz Arcuri
Verônica dos Santos Albuquerque
Vivian Telles Paim

Assistente Editorial

Jessica Motta da Graça

Revisor

Anderson Marques Duarte

Formatação

Jessica Motta da Graça

Capa

Thiago Pereira Dantas (Thierry)

R321 Relatos de prática - vol 3. Experiências do acadêmico de saúde no mundo do trabalho. / Alba Barros Souza Fernandes, Leonardo Possidente Tostes, Mariana Beatriz Arcuri, Simone Rodrigues (organizadores). --- Teresópolis: Editora Unifeso (Coleção FESO), 2020. 125p.

ISBN: 978-65-87357-07-2

1. Pessoal de Saúde. 2. Prática Profissional. I. Fernandes, Alba Barros Souza. II. Tostes, Leonardo Possidente. III. Arcuri, Mariana Beatriz. IV. Rodrigues, Simone. V. Título.

CDD 610.69

EDITORA UNIFESO

Avenida Alberto Torres, nº 111
Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004
Telefone: (21)2641-7184
E-mail: editora@unifeso.edu.br
Endereço Eletrônico: <http://www.unifeso.edu.br/editora/index.php>

CONSELHO DIRETOR

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge Farah
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

José Luiz da Rosa Ponte
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – Unifeso

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Chanceler

Verônica Santos Albuquerque
Reitora

Verônica Santos Albuquerque
Pró-Reitoria Acadêmica Interina

José Feres Abido de Miranda
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional

Elaine Maria de Andrade Senra
Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Edenise da Silva Antas
Diretora de Educação a Distância

Ana Maria Gomes de Almeida
Diretora do Centro de Ciências Humanas e Sociais

Mariana Beatriz Arcuri
Diretora do Centro de Ciências da Saúde

Vivian Telles Paim
Diretora do Centro de Ciências e Tecnologia

Michele Mendes Hiath Silva
Diretoria de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta
Diretoria Administrativa

Rosane Rodrigues Costa
Diretoria Geral do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano

Roberta Franco de Moura Monteiro
Diretoria do Centro Educacional Serra dos Órgãos

Coleção FESO

A **Coleção FESO**, desde 2004, tem sido o principal meio de difusão da produção acadêmica do Centro Universitário Serra dos Órgãos - Unifeso, realizada a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão dos seus cursos de graduação e pós-graduação, assim como das suas unidades assistenciais e administrativas.

Primando pela qualidade dos produtos editorados e publicados, a Editora UNIFESO publica conteúdos relevantes nas mais diversas áreas do conhecimento através de um cuidadoso processo de revisão e diagramação.

É uma das mais importantes contribuições da Instituição para a sociedade, uma vez que a sua divulgação influencia na recondução de políticas e programas na esfera pública e privada, de forma a fomentar o desenvolvimento social da cidade e região. Todo esse processo fortalece o projeto de excelência do Unifeso como Centro Universitário. Nossas publicações encontram-se subdivididas entre as seguintes categorias:

Série Teses: Contempla as pesquisas defendidas para obtenção do grau de “Doutor” em programas devidamente autorizados ou credenciados pela CAPES, publicadas em formato de livro.

Série Dissertações: Abarca as pesquisas defendidas para obtenção do grau de “Mestre”.

Série Pesquisas: Contempla artigos científicos, resenhas e resumos expandidos/textos completos. Estas produções são divulgadas em formato de livros (coletâneas), periódicos ou anais.

Série Especiais: Esta publicação contempla textos acadêmicos oriundos de processo de certificação de docentes como pós-doutores.

Série Produções Técnicas: Abrange produções técnicas advindas de trabalhos de docentes, discentes e funcionários técnico-administrativos sobre uma área específica do conhecimento que contemplem produtos ou serviços tecnológicos (com ou sem registro de proteção intelectual); processos ou técnicas aplicados;

cartas e mapas geográficos. As formas de divulgação destas produções podem ser em meios impressos ou digitais, no formato de cartilhas, POPs (Procedimento Operacional Padrão), relatórios técnicos ou científicos e catálogos.

Série Materiais Didáticos: Reúne os trabalhos produzidos pelos docentes e discentes com vinculação aos componentes curriculares previstos nos projetos pedagógicos dos cursos ofertados no Unifeso.

Série Arte e Cultura: Abarca as produções artístico-culturais realizadas por docentes, técnicos-administrativos, estudantes, instrutores de cursos livres e artistas locais, assim como as produções desenvolvidas junto aos eventos do Centro Cultural FESO Pró-Arte (CCFP), podendo ser constituída por livros, partituras, roteiros de peças teatrais e filmes, catálogos, etc.

Série Documentos: Engloba toda a produção de documentos institucionais da FESO e do Unifeso.

A abrangência de uma iniciativa desta natureza é difícil de ser mensurada, mas é certo que fortalece ainda mais a relação entre a comunidade acadêmica e a sociedade. Trata-se, portanto, de um passo decisivo da Instituição no que diz respeito à compreensão sobre a importância da difusão de conhecimentos para a formação da sociedade que queremos: mais crítica, solidária e capaz de enfrentar as dificuldades que se apresentam.

Desejo a todos uma ótima leitura!

Elaine Maria de Andrade Senra

Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão – Unifeso

AUTORES - TURMA 89

1. Aline Levy Sitnoveter
2. Breno Lopes Nogueira
3. Bruno Franco Marinho
4. Cintia Sulamita Gomes da Silva
5. Claudio Galvão Dourado Júnior
6. Dara Bizzo Rozado
7. Georgia Grecca
8. Hanna Burmann de Lima
9. Iago Danúcio Castro de Sousa
10. João Marcelo Cecílio Ribeiro
11. Julia Bigogno Monteiro
12. Julia Spegiorin Franco Maciel
13. Lais Miskulin Prearo
14. Larissa Lopes Fernandes
15. Leticia Rosa Sampaio
16. Lucas Correa da Rocha
17. Lucas Felipe Barbosa Lourenço
18. Maria Eduarda do Valle Padilha
19. Palloma Marquet Escamilha
20. Paula Filgueiras
21. Paulo Henrique Martins
22. Pedro Aguiar
23. Rafaela Vieira Nunis
24. Rodrigo Ferreira Gusmão
25. Stéphanie Vieira de Paiva
26. Thainá Zanon Cruz
27. Yasmin Peres Silva
28. Yuri Alexandre Kostiuik

SUMÁRIO

PREFÁCIO _____	11
<i>CAPÍTULO I - O SUS COMO ESCOLA</i> _____	13
CADERNO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CARMO _____	14
Dara Bizzo Rozado	
A PARTICIPAÇÃO ESTUDANTIL NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO CARMO-RJ _____	17
Lucas Felipe Barbosa Lourenço	
A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO CENÁRIO DE SAÚDE MENTAL DURANTE O INTERNATO _____	21
Maria Eduarda do Vale Padilha	
MUDANDO O OLHAR SOBRE A PSQUIATRIA _____	24
Paulo Henrique Martins	
TODO TRATAMENTO DEVE SER INDIVIDUALIZADO _____	28
Hanna Burmann de Lima	
RELATO DE EXPERIÊNCIA NONO PERÍODO - CENÁRIO DE SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE CARMO - RJ _____	32
João Marcelo Cecílio Ribeiro	
<i>CAPÍTULO II - IMPACTOS DA REALIDADE</i> _____	35
UMA EXPERIÊNCIA ATRAVÉS DA INSERÇÃO PRÁTICA EM PSQUIATRIA _____	36
Breno Lopes Nogueira	
A FRAGILIDADE DO SISTEMA DO CARMO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE PACIENTES PSQUIÁTRICOS _____	40
Cíntia Sulamita Gomes da Silva	
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE MENTAL _____	44

Julia Bigogno Monteiro

**CONHECER O PACIENTE BIOPSISSOCIALMENTE: COMO SIMPLES
AÇÕES INTERFEREM POSITIVAMENTE PARA A QUALIDADE DO
ATENDIMENTO MÉDICO _____ 47**

Rafaela Vieira Nunis

CAPÍTULO III - RELATOS DO QUE VIVI _____ 50

UM NOVO OLHAR SOBRE A PSIQUIATRIA _____ 51

Julia Spegiorin Franco Maciel

**A IMPORTÂNCIA DA EXPERIÊNCIA PRÁTICA NA CONSTRUÇÃO DO
CARÁTER PROFISSIONAL _____ 57**

Lucas Correa da Rocha

**O CUIDADO AO PACIENTE E A IMPORTÂNCIA DA VISÃO HOLÍSTICA
_____ 60**

Claudio Galvão Dourado Júnior

INTERNATO NO HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO _____ 65

Yasmin Peres Silva

***CAPÍTULO IV - CAMPO DE PRÁTICA, CAMPO DE
APRENDIZADO _____ 68***

**RELATO DE EXPERIÊNCIA – O QUE VI E APRENDI ATUANDO COMO
INTERNO DE MEDICINA NA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE
CARMO, RJ _____ 69**

Bruno Franco Marinho

QUATRO SEMANAS LONGE DE CASA _____ 74

Georgia Grecca

**INSERÇÃO DO INTERNO DE MEDICINA NA CLÍNICA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, RJ __ 80**

Lais Miskulin Prearo

APLICABILIDADE DO MATRICIAMENTO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	82
Letícia Rosa Sampaio	
A PRÁTICA DA PSIQUIATRIA INFLUENCIANDO EM UM OLHAR HOLÍSTICO DO PACIENTE	85
Rodrigo Ferreira Gusmão	
EXPERIÊNCIAS DA LOUCURA: A PLURALIDADE DO PARADIGMA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	88
Thainá Zanon Cruz	
O USO INADEQUADO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESÓPOLIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	93
Stéphane Vieira de Paiva	
ONDE HÁ VIDA, HÁ ESPERANÇA - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	97
Yuri Alexandre Kostiuk	
<i>CAPÍTULO V - RELATOS DO QUE APRENDI</i>	102
RELATO DE EXPERIÊNCIA – FALANDO DO QUE VIVI E APRENDI NA MINHA ATUAÇÃO COMO INTERNA DO UNIFESO NA SAÚDE MENTAL (MUNICÍPIOS DE CARMO E RIO DE JANEIRO)	103
Aline Levy Sitnoveter	
NÃO SE APEGUE AO PRIMEIRO PENSAMENTO...	107
Iago Danúcio Castro de Sousa	
A INFLUÊNCIA DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NA FORMAÇÃO DOS NOVOS MÉDICOS	111
Palloma Marquet Escamilha	
UMA NOVA PERSPECTIVA DA PSIQUIATRIA	114
Paula Filgueiras	
O QUE VIVI E APRENDI NA MINHA ATUAÇÃO COMO INTERNO DO UNIFESO NA SAÚDE MENTAL	117

Larissa Lopes Fernandes

PSIQUIATRIA EM QUESTÃO _____ **121**

Pedro Aguiar

PREFÁCIO

Uma das missões da escola médica é que o egresso tenha formação humanista, reflexiva e transformadora. Essa reflexão sobre as vivências nos estágios de prática exige sensibilidade e coragem para transformar a realidade. Aprender a valorizar o papel de cada profissional envolvido na assistência, traz a compreensão, que é essencial para o desenvolvimento humano. A possibilidade de vivenciar a relação médico-paciente e ter como retribuição o “Obrigado”, enche a alma de satisfação e vontade de querer fazer mais.

As narrativas de prática descritas aqui levam o leitor, através do olhar de quem provê assistência profissional, a conhecer as experiências vivenciadas pelos alunos do curso de graduação em medicina do UNIFESO, durante o estágio curricular obrigatório. Os relatos demonstram como o ser médico vai além de uma receita e que pequenos gestos, atitudes ou palavras são capazes de modificar uma vida.

Ouvir a realidade social e emocional de quem procura auxílio em um momento de fragilidade exige sempre atenção e concentração, para propiciar a captação de detalhes mínimos que, geralmente, são compartilhados na entrevista. É isso o que vemos nos relatos.

Portanto, não me surpreendo sobre a maioria ser construído a partir do estágio na Saúde Mental, no qual o

aprofundamento da inserção traz vários questionamentos, e a convivência mais constante gera um maior vínculo. Por fim, gostaria de agradecer aos autores por compartilharem suas vivências e reflexões.

Boa leitura!

Prof.^a Simone Rodrigues

Coordenadora do Curso de Graduação em Medicina do Unifeso

CAPÍTULO I

O SUS COMO

ESCOLA

CADERNO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CARMO

Dara Bizzo Rozado

No período de 15 de janeiro a 23 de fevereiro do ano de 2018, fui inserida no estágio de saúde mental no município do Carmo. No início, não sabia ao certo do que se tratava o programa de estágio e nem o porquê da escolha do município do Carmo. No primeiro dia em que encontramos com os preceptores que iriam nos orientar durante aquelas quatro semanas, ouvi um pouco da história dos pacientes psiquiátricos do Hospital Estadual Teixeira Brandão. Assustei-me com cada palavra proferida, desde a vida isolada da sociedade aos maus tratos que eles sofriam. Desde então, passei a pesquisar sobre o processo de desinstitucionalização e como ele se deu no município.

O usuário guia da residência terapêutica e da comunidade é um exemplo de como a pessoa com transtorno de saúde mental acessa os diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município. O objetivo do estágio, a princípio, foi de **nos dar a atribuição de promotores de saúde para estes usuários e elaborar planos terapêuticos que pudessem melhorar a qualidade de vida dos mesmos, desde o âmbito clínico-institucional até a sua reinserção na comunidade.**

Com o contato que tive ao longo do estágio com os usuários, pude perceber que eles ainda enfrentavam dificuldades

em seu cotidiano, como trabalhar, ter autonomia para gerir-se financeiramente, acesso a lazer em espaços públicos e participação da população no processo de reinserção social. Em vista desse quadro, entendi que havia necessidade de elaborar um plano de divulgação de informações sobre o trabalho que naquele município estava sendo feito ao longo de anos para apagar o passado de “objetificação” e exclusão histórica das pessoas com transtornos de saúde mental da sociedade.

A ideia que tive foi de construir um Caderno de Saúde Mental para o município, uma vez que ainda não havia nenhum informativo ao alcance da população, dos acadêmicos de medicina e dos próprios profissionais de saúde. O caderno foi estruturado junto à equipe de saúde mental do Carmo e ele se estruturou da seguinte forma: uma breve história do processo de desinstitucionalização, a composição da RAPS do município, os direitos à saúde mental (Lei 10.216/2001), como se dá a participação das pessoas com transtorno mental na construção da política de saúde mental e como a população em geral pode fazer para ajudar na reinserção dos mesmos na sociedade.

O caderno foi apresentado à prefeitura do município para que houvesse reconhecimento do trabalho desenvolvido e apoio para impressão e distribuição na rede de saúde. Por motivos financeiros, não pude ter a impressão completa do caderno em 200 exemplares como solicitado. Então, a pedido da secretaria municipal, enviamos um resumo em forma de cartilha e a impressão me foi entregue na apresentação final dos trabalhos de conclusão do estágio.

Eu não esperava a grande repercussão positiva que o trabalho daria. Fiquei muito feliz de saber que tanto a minha universidade como o município receberam a proposta de braços abertos e me apoiaram na concretização do mesmo. No dia 23 de fevereiro, eu recebi, pelas mãos do prefeito da cidade, um certificado de Honra ao Mérito pelos serviços prestados à população do município do Carmo e uma Medalha de 13 de outubro, data da emancipação político-administrativa da cidade.

Pude perceber com a conclusão do trabalho o quanto é gratificante conviver com essas pessoas. Os sorrisos, as conversas descontraídas, os olhares hipnotizantes, tudo isso me faz falta e vou levar para a minha carreira médica como aprendizado. As pessoas com transtornos mentais, como qualquer outro cidadão, merecem respeito, atenção integral, acesso à saúde, lazer, esporte, trabalho, enfim, tudo que está previsto na constituição. Por último, o caderno seria submetido ao III CONFESO e à editora Unifeso.

A PARTICIPAÇÃO ESTUDANTIL NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO CARMO-RJ

Lucas Felipe Barbosa Lourenço

O texto que se segue é um relato das experiências vividas por mim durante parte do internato do nono período do Curso de Graduação em Medicina da faculdade de Teresópolis. Durante tal período, os alunos costumavam rodar em três cenários básicos: nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Teresópolis, nas Clínicas de Saúde da Família (CSF) da cidade do Rio de Janeiro e no serviço de saúde mental do município do Carmo, uma cidade interiorana do estado. Segue o relato de uma das minhas vivências nesse último cenário.

Durante toda a faculdade, somos motivados a nos envolver em causas sociais e em causas de saúde pública, seja durante as aulas ou nas conversas com os professores e com os preceptores dos cenários de prática, mas em momento nenhum, durante os cinco anos de curso, me senti tão engajado nessa causa como durante meu estágio em saúde mental. Quero ressaltar que nunca pensei em fazer psiquiatria depois de formado, e que antes do estágio, eu tinha um interesse muito basal pelo assunto. A psiquiatria ainda não é uma opção para mim, mas minha visão sobre essa clínica mudou drasticamente, principalmente em relação a meu modo de ver o paciente psiquiátrico.

Durante as quatro semanas que estive no Carmo, os preceptores e a forma como o estágio era desenhada me fizeram ser uma peça crucial, trabalhando em prol de uma melhor assistência em saúde para os pacientes. Pela primeira vez nesses anos, me senti verdadeiramente integrante da equipe de saúde. O estágio me tornou uma engrenagem importante para que tudo seguisse da melhor forma possível, e não somente um mero espectador, como fui em muitos outros momentos durante a formação.

No período em questão, tive o privilégio de acompanhar um paciente psiquiátrico proveniente de um hospital de Petrópolis, RJ. O paciente, na ocasião, estava residindo temporariamente em uma residência terapêutica no Carmo, em um período de adaptação para possível alta hospitalar do manicômio. No primeiro contato com o paciente, confesso que fiquei um pouco assustado, pois se tratava de um caso de esquizofrenia residual grave. O paciente apresentava importante embotamento social e afetivo e, a princípio, não conseguimos uma boa interação. Com o passar do tempo e com as subseqüentes visitas, nossos laços foram se firmando e o paciente, com todas suas limitações oriundas da sua doença, passou a interagir de certa forma não só comigo, mas também com os outros moradores da residência e com as cuidadoras. Esse simples fato se constituiu em uma grande vitória para o paciente, visto que sua alta hospitalar dependia de uma boa adaptação à casa e a sua nova realidade. Procurei, então, motivar

e tornar mais fácil sua adaptação na residência terapêutica, tanto com relação aos cuidadores quanto aos outros moradores. Sempre acreditei que ele fosse um candidato para a desinstitucionalização e que se beneficiaria muito com o processo, o que agregaria muita qualidade e dignidade para sua vida.

No decorrer do estágio, pude perceber o progresso do paciente. Em uma das minhas idas a sua casa, propus realizarmos uma festa para ele, visto a proximidade do seu aniversário. A ideia foi muito bem aceita e estimulada pelas cuidadoras e pelos próprios moradores da residência. A festa de aniversário correu muito bem, o paciente tinha ciência de que a festa era para ele e participou ativamente por sua própria vontade do evento, conseguindo, de certa forma, se socializar com os outros moradores e aparentou estar satisfeito com o momento.

Segundo relato de uma das cuidadoras, o progresso do paciente foi evidente durante o período de habituação. No dia em que chegou, apresentava grande resistência a nova residência e queria retornar ao hospício. Negava-se a tomar banho ou se limpar. Mesmo sujas de urina, negava-se a retirar as roupas que veio da instituição. Negava-se a se alimentar e falava muito pouco, além de lavar as mãos no vaso sanitário após fazer suas necessidades. Progressivamente, o paciente foi se acomodando a nova realidade e já falava que não desejava mais retornar ao hospício. Ao fim do estágio, já conseguia se socializar mais com as cuidadoras, com os moradores e comigo. Tomava banho sozinho e conseguia trocar de

roupa. Sentava-se à mesa para comer com todos e já trocava algumas palavras com os moradores. A questão higiênica também havia melhorado bastante.

Minhas intervenções, de certa forma, tornaram o processo em questão mais fluido e orgânico. Certamente, muitas outras variáveis contribuíram para este feito, mas pude marcar, de alguma forma mesmo que singela, a vida do paciente.

Concluindo, pela boa adaptação à nova realidade, o mesmo obteve alta do manicômio ao qual já estava internada há 45 anos.

O fato de eu ter conseguido acompanhar o processo desde o início e ter visto, nitidamente, sua evolução, firmaram minhas esperanças na medicina, no cuidado médico integrado e numa assistência médica que vai além de conhecer critérios diagnósticos e de prescrever condutas terapêuticas.

Obviamente, a medicina é muito mais que isso e esta experiência me ensinou, da forma mais genuína, essa verdade.

A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO CENÁRIO DE SAÚDE MENTAL DURANTE O INTERNATO

Maria Eduarda do Vale Padilha

O seguinte texto consiste em um relato de experiência vivenciado por mim, estudante do curso de medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos, durante o nono período do internato. Os estudantes, nessa fase, inserem-se na Atenção Básica, dividindo-se em cenários de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) em Teresópolis e em Clínicas de Saúde da Família (CSF) na cidade do Rio de Janeiro, e na Saúde Mental, realizada no Carmo, RJ. Resolvi relatar sobre uma das minhas experiências vivenciadas durante o cenário de Saúde Mental.

A inserção dos estudantes de medicina, durante o internato, no cenário de saúde mental é uma mudança recente. Em um primeiro momento, não criei muitas expectativas em relação ao estágio, visto que a psiquiatria não era uma opção de carreira para mim. Porém, com o decorrer do estágio, pude perceber que essa mudança em nosso currículo foi muito benéfica para nossa formação, além de ter mudado completamente a minha visão em relação a essa especialidade e aos pacientes psiquiátricos.

O nosso estágio em saúde mental foi composto por cinco semanas, sendo a primeira na faculdade, consistindo em aulas teóricas e uma visita ao Hospital Psiquiátrico de Bangu, e as quatro semanas restantes no município do Carmo. Durante a estadia na

cidade, nós, estudantes, participamos ativamente de todos os cenários: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatório, unidades básicas e residências terapêuticas. Sem dúvida nenhuma, isso fez toda a diferença. Cada estudante ficou responsável por dois pacientes, um da comunidade e um da residência terapêutica (local onde residem pacientes oriundos do antigo Hospital Estadual Teixeira Brandão - HETB). Nesse relato, resolvi contar minha experiência com um paciente dessas residências.

Durante as quatro semanas no município, acompanhei um paciente que viveu por dezessete anos no HETB. Ele foi internado com um diagnóstico que era conferido a maioria dos pacientes. Com o decorrer das semanas, fui criando um vínculo cada vez maior com ele, pois nos encontrávamos tanto na residência terapêutica quanto no CAPS. Diante disso, pude obter informações que foram essenciais para que as minhas intervenções fossem benéficas e que melhorassem a sua qualidade de vida.

Percebi, durante o estágio, que esse paciente demandava algumas questões, como interrogar seu diagnóstico. Com a convivência durante as semanas e meus estudos teóricos, concluí que ele foi erroneamente diagnosticado e tratado por anos com determinadas medicações antipsicóticas, fármacos que trazem inúmeros efeitos colaterais. Diante disso, propus a mudança de seu diagnóstico com o intuito de modificar a sua terapêutica.

Além disso, o paciente apresentava uma comorbidade, porém, não conseguia se tratar. Diante dessa necessidade, consegui com que ele fosse atendido no ambulatório do Unifeso em Teresópolis, por um de nossos professores. O paciente pode, então, ter acesso a exames que eram necessários, além de dar início ao seu tratamento. Apesar de não ser uma necessidade psiquiátrica, era uma questão apresentada por ele e acredito que essa seja uma das propostas do estágio, atender as necessidades dos pacientes como um todo.

Diante do exposto, concluo que a minha passagem pelo internato de saúde mental excedeu todas as minhas expectativas. Como dito anteriormente, me surpreendi positivamente com o estágio, não só por todo o aprendizado que obtive, que sem dúvida alguma irá me fazer uma profissional mais capacitada, mas, principalmente, por ter conseguido atender as necessidades que o paciente demandava. Tenho certeza de que essa experiência vivida durante essas quatro semanas irá fazer toda a diferença em minha formação como médica, além de ter me ajudado a compreender melhor o universo da psiquiatria.

MUDANDO O OLHAR SOBRE A PSIQUIATRIA

Paulo Henrique Martins

O cenário deste relato de experiência foi uma cidade do interior fluminense, Carmo, que apresentava um serviço de saúde psiquiátrica integrado para o atendimento de pacientes institucionalizados no antigo Hospital Teixeira Brandão (além de outros), também sediado no município, como também de pacientes da região. Esse cenário constituiu a composição das atividades de graduação em medicina, no que diz respeito ao componente de psiquiatria do curso.

A rede de atuação me impressionou pela sua funcionalidade e interação entre os diversos setores, como o hospital da cidade, o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atendimento Infanto-juvenil (SAIJ) e o Ambulatório de Psiquiatria. Essa rede tem o objetivo, há anos, de garantir a inclusão de pacientes psiquiátricos no meio social, além do cuidado próximo com os mesmos. Estive inserido em todos os setores descritos, de acordo com as atividades do dia, durante minha inserção que durou quatro semanas, nas quais vivemos na cidade, com contato direto com o contexto psiquiátrico.

A minha atuação incluiu o acompanhamento de atividades do CAPS, como os grupos de conversa intitulados *Bom dia!* e *Boa Tarde!*, reuniões que ocorriam com os pacientes que usavam o serviço, durante o tempo em que estive lá, antes das atividades

práticas dos mesmos. Em ambos os grupos, vários temas relevantes eram abordados. Discutíamos sobre a importância do uso de medicamentos, sobre o estilo de vida saudável, bem como sobre o dia de cada paciente, suas angústias e situações pessoais. Essas reuniões eram sempre produtivas, compondo uma boa forma de começar o dia de atividades.

Ainda no contexto do CAPS, as atividades práticas, ou oficinas, dos pacientes foram experiências interessantes, devido ao contato que tive com eles. Entre as várias atividades, a que mais me chamou atenção foi a Oficina de Artes, na qual participei, aprendi a confeccionar pulseiras com um dos pacientes e ganhei desenhos como forma de agradecimento pela atenção prestada. Estive presente no serviço do CAPS durante as comemorações do mês de junho e pude ver de perto as oficinas voltadas para o desenvolvimento de uma festa junina para os pacientes. Foi gratificante ver a atuação e ocupação daquelas pessoas em algo que as fazia se sentir úteis.

Outra forma de contato que tive com essa realidade foi o acompanhamento próximo de pacientes específicos. O primeiro deles foi um paciente infantil e o SAIJ, serviço já citado, foi fundamental. Nunca tive contato com a psiquiatria pediátrica e este foi um caso interessante e intrigante. A criança, de apenas seis anos de idade, apresentava alteração de comportamento, como agressividade, situações de violência e atentado à vida de familiares, sendo a mais preocupante um episódio de incêndio na casa do paciente provocado pelo mesmo. Estive em contato com a família, com a escola e com os vários setores de saúde que já haviam investigado o caso. Vivi bem próximo da

preocupação da mãe, que buscou ajuda na rede do Carmo. Essa atividade foi marcada pelo agradecimento pelos serviços prestados, pela importância que foi dada ao caso, além do interesse da equipe. Estive envolvido ao ponto de me despertar o interesse pelo estudo dessa área específica da pediatria, que trata os distúrbios de comportamento. Foi uma atividade de enriquecimento acadêmico e muito aprendizado.

Da mesma forma, acompanhei outro paciente, desta vez um idoso, e convivi com uma das dificuldades vividas por muitos médicos, a relação médico-paciente. O senhor frequentava o serviço do CAPS, mas não tinha uma relação amigável com a equipe, a não ser com uma das psicólogas do lugar. Estive em contato com ele no CAPS e no hospital da cidade, mas sempre se negando a contar por completo sua história. Apresentou comportamento alterado, com agressividade, já em idade adulta, associado ao uso abusivo de bebida alcoólica, com dependência do uso desta substância. Houve relatos de ameaça a vizinhos e agressividade com familiares próximos. Também consegui o relato de pessoas próximas sobre surtos de alucinações e delírios, vinculados ao alcoolismo. Na época, o paciente vivia sozinho, pois o filho também apresentava problemas com uso de álcool, e a filha, que não residia no Carmo, não era próxima à vida do pai, por causa de seu comportamento agressivo. Convivi de perto com a insegurança de um paciente em assumir um vício, além do preconceito com a psiquiatria. Ele sempre dizia, nas entrevistas médicas comigo, que não era louco ou maluco, e que não precisava do tipo de ajuda oferecida pela Rede do Carmo, na qual eu estava

inserido. Ele me associou ao serviço, obviamente, o que também dificultou a relação. Estive diante desta situação que me ensinou a aprimorar a entrevista médica e a usar formas alternativas de aproximação com pacientes. Apesar das dificuldades, consegui investigar grande parte da história e pude orientá-lo a se aproximar do serviço. Além disso, o caso tinha algo intrigante: a possibilidade de um diagnóstico errado. O senhor tinha sido diagnosticado com esquizofrenia paranoide, comum no contexto psiquiátrico, por outros serviços de atuação na área. E novamente, este caso me levou ao estudo para uma revisão do diagnóstico. Foi de grande valia esta experiência.

A psiquiatria é vista como algo muito específico dentro do contexto médico e por muito tempo foi deixada para aqueles que se interessavam pela área. O preconceito também sempre esteve vinculado a esta especialização, por parte da sociedade, inclusive por médicos. Mas, usando a lógica, os pacientes psiquiátricos podem precisar de várias outras áreas médicas e, portanto, é importante o conhecimento psiquiátrico básico. Com esta experiência, aprendi a lidar com pessoas que tinham sérios problemas e os considerei, deixei meu preconceito e passei a dar uma importância maior ao contato com este estudo. Felizmente, aprendi, na prática, o aprendizado psiquiátrico básico: o reconhecimento destes pacientes e como orientá-los, assim como o estudo das doenças mais prevalentes neste contexto. Mas infelizmente, também com este contato próximo, percebi uma influência significativa dos problemas pessoais dos pacientes em mim. Mas, repetindo, é fundamental o contato com o ambiente psiquiátrico para a formação médica.

TODO TRATAMENTO DEVE SER INDIVIDUALIZADO

Hanna Burmann de Lima

Este texto é um relato de experiência vivenciado por mim, estudante do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos, durante o meu décimo período, que ocorreu no segundo semestre do ano de 2018. Nessa fase do internato, estávamos inseridos no Hospital Geral de Bonsucesso, localizado na cidade Rio de Janeiro. Nele, acompanhamos diversas áreas da medicina, como Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia e Emergência Médica. O relato será sobre uma experiência que tive durante o rotatório na Emergência do hospital.

Inicialmente, me encontrei bastante insatisfeita com o local e desanimada quanto ao nosso papel ali. Porém, ao longo dos dias, pude perceber o quanto éramos importantes para cada paciente que participávamos do atendimento, uma vez que a demanda é muito grande para poucos profissionais inseridos no local. A partir dessa nova visão, fiz de tudo para ajudar ao máximo cada paciente que eu acolhia, tentando mostrar a ele o quanto estávamos nos esforçando para restaurar sua saúde e possibilitar sua volta para casa.

Foram diversas as situações que me marcaram naquele período e que jamais esquecerei, como o aprendizado sobre a importância de tratarmos cada paciente individualmente e dar-lhes toda a atenção possível, mesmo em meio ao caos, e a necessidade

de sermos atentos aos diagnósticos diferenciais e exames complementares importantes a serem pedidos. No entanto, um paciente me marcou em especial.

Era uma sexta-feira quando o atendi pela primeira vez. Quando entrei na sala de medicação, onde estava internado (ele e diversos outros pacientes, uma vez que os quartos de internação não dispunham de vaga), esse paciente estava sentado em uma poltrona (que teoricamente serviria apenas para administração de medicação) e, a seu lado, no chão, se encontrava sua acompanhante. Apesar de todo ambiente inóspito, me receberam calorosamente. Apresentei-me e, em seguida, perguntei seus nomes e a acompanhante se identificou como sua esposa. Pedi ao paciente para detalhar melhor sobre o que o tinha trazido à unidade. O mesmo começou a me descrever uma dor no hemitórax direito que havia surgido há mais de um ano. Relatou que havia procurado atendimento médico outras vezes, mas que sempre lhe davam o diagnóstico de dor muscular e prescreviam medicação analgésica para uso em casa.

Realizei todo o exame físico e percebi que ambos se encontravam muito aflitos. Comecei a questionar sobre passagens anteriores ao hospital, medicações e exames já realizados, e me informaram que já havia feito Raios-X de tórax que evidenciou um nódulo em seu pulmão. Ao analisar o exame, pude ver outras alterações que me levaram a pensar em um quadro mais grave do que eles inicialmente imaginavam. Uma sensação de dever e ao

mesmo tempo de indignação por ver um homem tão jovem (56 anos) com um possível quadro tão grave me fez querer resolver todas as pendências possíveis para que pudéssemos fechar seu real diagnóstico e iniciar seu tratamento. Levei o caso ao preceptor do dia, que já conhecendo a burocracia do sistema me orientou, sabiamente, a procurar pessoalmente a pneumologista responsável pelo setor.

Já na sala de discussões clínicas, eu e a pneumologista analisamos todos os exames feitos pelo paciente e ela me explicou qual seria a melhor conduta. Esta facilidade de acesso às diversas especialidades foi algo que me fascinou em um hospital de grande porte, pois contribuiu muito para a resolutividade da terapêutica do paciente.

Nas semanas seguintes, acompanhei o paciente todos os dias em que eu estava na emergência. Com o transcorrer do tempo, tivemos o resultado histopatológico do tecido biopsiado, cujo laudo foi neoplasia pulmonar. O paciente recebeu alta para acompanhamento ambulatorial, mas ainda mantivemos contato.

Dois meses depois, recebi uma mensagem da esposa do paciente informando que ele estava desorientado e que havia sido internado na sala vermelha do hospital. No dia seguinte, fui visitá-lo. Diante da seriedade do quadro que encontrei, fui conversar com o neurocirurgião que o avaliou mais cedo, neste mesmo dia, e discutimos a proposta terapêutica. Ele, de forma muito solícita, me

atualizou sobre toda a situação do paciente e permitiu que eu assistisse a cirurgia que aconteceria no dia seguinte.

No segundo dia após a cirurgia, fui visitar meu paciente no setor de neurocirurgia e me senti aliviada com a melhora de seu quadro. O paciente recebeu alta após alguns dias, pois, devido a seu prognóstico crítico, os médicos acertadamente decidiram que seria mais benéfico para o paciente dividir seus últimos momentos com a família. Algumas semanas depois, recebi uma mensagem da esposa do paciente relatando o seu óbito e que ela queria me ver. Muito emocionada, ela me contou sobre seus últimos momentos com ele e agradeceu por toda ajuda. Nesse momento, não pude deixar de me emocionar também.

Essa experiência me marcou muito, pois me ensinou como devemos valorizar as queixas dos pacientes, a importância de um trabalho em equipe e que todo paciente tem sua família e sua história. Além disso, aprendi que, independente das circunstâncias nas quais nos encontremos, não podemos esquecer os princípios das práticas médicas que diz: “Curar Algumas Vezes, Aliviar Quase Sempre, Consolar Sempre”.

RELATO DE EXPERIÊNCIA NONO PERÍODO - CENÁRIO DE SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE CARMO - RJ

João Marcelo Cecílio Ribeiro

O texto abaixo discorre sobre a experiência da inserção no cenário de saúde mental, durante o período de seis semanas, no primeiro semestre do ano de 2018. Antes do período propriamente dito na cidade do Carmo, RJ, foram aplicadas aulas teóricas com conteúdo de psiquiatria e abordagem do paciente psiquiátrico de uma forma ampla. Foi um período de grande importância para a habituação da psiquiatria em si, até então pouco abordada nos períodos anteriores.

A partir do momento em que foi proposto o cenário de saúde mental, sabia que seria de grande importância para minha formação acadêmica, pois em todos os campos da área médica vamos estar em contato com possíveis pacientes psiquiátricos, mas que, muitas vezes, passam despercebidos ou deixam de ser abordados por falta de conhecimento.

A partir de materiais que nos foram fornecidos, pudemos entender sobre a história da psiquiatria no território nacional, quando era proposto o isolamento dos pacientes psiquiátricos em colônias, asilos ou hospícios. No caso da cidade do Carmo, o método por lá empregado era o de Colônia Agrícola. Nessas colônias, o isolamento acontecia em ambientes rurais, pois além do

isolamento, o exercício do trabalho agrícola também era reconhecido como uma medida terapêutica. O trabalho, além de manter os pacientes ocupados com algo, poderia contribuir para seu próprio sustento.

Com o estabelecimento da reforma psiquiátrica, aconteceu a desinstitucionalização, na qual os pacientes deixaram o isolamento das Colônias Agrícolas e passaram a viver em residências terapêuticas, com grupos de oito pacientes em média. A cidade do Carmo era uma das pioneiras na implementação desse modo terapêutico, que priorizava a reinserção dos pacientes psiquiátricos nas atividades cotidianas. Além disso, os pacientes contavam com equipes multidisciplinares e infraestruturas como Centro de Apoio Psicossocial, ambulatório psiquiátrico, Estratégia da Saúde da Família e Postos de Saúde.

Os estudantes foram separados em grupos e, em seguida, ocorreu a designação de tarefas, na qual cada aluno era responsável por um paciente da comunidade e um paciente da residência terapêutica. Foi de suma importância essa responsabilidade que nos foi conferida, pois possibilitou grande aprendizagem, além de autonomia, melhorando muito a relação médico-paciente, e nos dando possibilidade de realização de projetos de intervenção com resultados positivos e favoráveis para os pacientes e para nosso futuro médico.

No cenário da cidade do Carmo, pudemos abordar como um todo os pacientes a nós designados. Em todos os cenários oferecidos aos pacientes, tivemos autonomia para elaboração de medidas e projetos para melhora da qualidade de vida dos

pacientes em conjunto com aprimoramento e conhecimento para nosso futuro na carreira médica.

CAPÍTULO II

IMPACTOS DA

REALIDADE

UMA EXPERIÊNCIA ATRAVÉS DA INSERÇÃO PRÁTICA EM PSIQUIATRIA

Breno Lopes Nogueira

Este relato de caso tem como cenário a inserção dos estudantes do nono período de medicina do Unifeso no município do Carmo, interior do Rio de Janeiro, no primeiro semestre de 2018. Essa cidade, considerada referência em psiquiatria, possui um serviço em saúde psiquiátrica integralizado, em que atende pacientes egressos e institucionalizados do Hospital Teixeira Brandão, desativado em 2005, e que atualmente se encontram em residências terapêuticas, além de pacientes com demanda psiquiátrica da própria cidade e regiões próximas. Minha vivência em psiquiatria na graduação em medicina incluiu atividades no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), Ambulatório de Psiquiatria, Serviço de Atendimento Infanto-juvenil (SAIJ) e atendimento nos leitos de emergência psiquiátrica hospitalar. Estive inserido nesta rede por um período de quatro semanas, com a oportunidade de ter um convívio direto com a realidade prática psiquiátrica e o contexto de saúde do Carmo.

A minha atuação no cenário de prática abrangeu diversos modos de acolhimento e atendimento. Meu primeiro contato com o cenário psiquiátrico foi através da designação de dois pacientes específicos, que acompanharia durante toda a minha inserção prática e criaria um projeto de intervenção para os mesmos. O

primeiro paciente foi um egresso do Hospital Teixeira Brandão e atual morador de uma residência terapêutica, junto com demais egressos. Tinha 51 anos e teve o diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica. Tive a oportunidade de conviver com esse paciente em diversos cenários, incluindo acompanhar seus atendimentos e atividades no CAPS, frequentar sua residência terapêutica e assistir suas atividades de capoeira. Consegui criar um vínculo próximo com o mesmo, e com a ajuda da cuidadora, pude rastrear familiares que o paciente havia perdido.

Esta experiência de poder recriar vínculos e aproximar uma família que se afastou devido à internação do paciente foi bastante gratificante. Além disso, convidei e participei, com esse paciente, de uma festa no Centro de Convivência, onde ele pode ter atividades recreativas. Também pude intervir em suas medicações, de maneira a encontrar, junto com a ajuda dos médicos inseridos neste cenário, as melhores possibilidades terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas para o seu caso e sintomas, melhorando a sua convivência com os demais moradores de sua residência.

A segunda paciente que tive um contato mais próximo foi uma mulher de 40 anos, diagnosticada com transtorno bipolar de humor e residente no Carmo há dois anos. Com ela, convivi com as dificuldades da má adesão terapêutica e de como, às vezes, é difícil dialogar com um paciente e tentar explicar a ele como um determinado tratamento pode beneficiá-lo. Porém, neste caso, com o passar das semanas, consegui me aproximar e criar um vínculo, alcançando, aos poucos, um melhor diálogo com a paciente e

conseguindo convencê-la a frequentar os serviços de saúde do município e aderir ao tratamento farmacológico, além de tentar melhorar sua relação, às vezes problemática, com o filho. Tive a chance de encontrá-la em sua residência, onde dialogamos sobre o seu passado e inclusive sobre as minhas experiências até então como estudante e interno de medicina. Com esse cuidado continuado, pude compreender melhor a paciente e entender a pessoa forte e complexa que ela era, e acho que consegui melhorar suas relações com as pessoas ao seu redor.

Outro momento enriquecedor para minha formação neste cenário foi a inserção em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), onde tive a oportunidade de atender todos os pacientes psiquiátricos de uma residência terapêutica, com foco na saúde de maneira integralizada, atendendo não apenas as queixas e demandas psiquiátricas, mas todo o contexto médico, personalizado. Assim, pude atender patologias como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e realizar *screening* para neoplasia de próstata. Também frequentei, neste período, o Ambulatório Psiquiátrico já citado, onde atendia demandas agudas de diversos pacientes e era assistido por um psiquiatra. Nesse cenário, pude colocar em prática conhecimentos anteriormente apenas teóricos sobre diversas patologias psiquiátricas, e compreender melhor as interações farmacológicas e o contexto burocrático da profissão. Ao atender os leitos na emergência psiquiátrica do Hospital do Carmo, pude entender

como é o atendimento ideal para esses pacientes em um cenário como esse, e como agir de maneira médica nessa situação. No CAPS, além do cuidado com os pacientes já citados, pude participar de oficinas, como a Oficina das Artes e Oficina da Fala, onde pude interagir diretamente com diversos pacientes, além de dar orientações sobre alimentação, higiene, exercícios, medicações, além de ganhar desenhos como agradecimento pelo serviço prestado. Também pude perceber como era gratificante para os demais funcionários fornecer esses serviços, e como eles também haviam criado vínculos próximos com os pacientes, se preocupando e dando atenção integral.

Nesse cenário de prática, me senti desafiado e estimulado a estudar psiquiatria, a tentar compreender a complexidade de cada paciente e individualizá-los. Pude colocar em prática, a cada dia, o conhecimento psiquiátrico que obtinha e vinha adquirindo, além de aprender a lidar com pessoas que precisavam de atenção integral, a refletir meus próprios preconceitos sobre a área e entender que o cuidado médico vai muito além de uma medicação, pois abrange um cuidado muito maior e personalizado. Com esta experiência, saí do Carmo, além de um interno mais preparado e com melhores conhecimentos práticos e teóricos em psiquiatria, um ser humano melhor. Assim, afirmo que foi fundamental esse contato com a atividade psiquiátrica para obter uma melhor formação médica.

A FRAGILIDADE DO SISTEMA DO CARMO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Cíntia Sulamita Gomes da Silva

O Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO proporciona aos acadêmicos de medicina do nono período, compreendendo o internato, um estágio de cinco semanas na Rede de Atenção Psicossocial do município do Carmo, localizado no interior do estado do Rio de Janeiro. O município é referência no processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos internados no Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB) e na concretização das premissas vigentes na Reforma Psiquiátrica, um ideário iniciado na década de 70. Para que fosse possível retirar os pacientes do hospital e reinseri-los na vida social foi preciso instalar, no município, uma complexa rede que conta com um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II), quatro leitos de saúde mental no hospital geral da cidade, um Centro de Convivência, 19 Residências Terapêuticas, uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e um Serviço de Atenção à Infância e Juventude, a fim de abranger todas as demandas por parte dos ex-moradores do HETB.

Durante o estágio, os acadêmicos tinham a oportunidade de acompanhar um mesmo paciente por vários dias e em diversos cenários, o que permitia um cuidado longitudinal. Chamávamos

esse paciente de usuário guia (UG). No primeiro contato com meu UG, realizei uma visita domiciliar: ele me atendeu a princípio desconfiado; me apresentei no portão e pedi para conhecer sua casa; ele permitiu e assim que entrei conheci seus filhos, com exceção de um que mora com a avó por parte de mãe.

Conversamos sobre diversos assuntos, dentre eles a sua casa e pude observar que, apesar de viver em uma situação de grande pobreza, buscava manter a casa impecável dentro de suas possibilidades. Além disso, falamos, também, sobre seu dente que há um tempo doía bastante, estava amolecido e causando muita dor de cabeça. Durante as conversas, percebi que meu UG apresentava delírios, pois sempre que eu questionava sobre o motivo pelo qual ele não extraía aquele dente, o mesmo explicava que um helicóptero havia pousado em seu jardim e as pessoas que estavam dentro disseram que ele não poderia extrair o dente se não a terra iria tremer e poderia sangrar e machucar as pessoas ao redor dele, as pessoas que ele amava, a não ser que ele guardasse o dente. Mediante a isso, marquei um encontro com ele no dia seguinte para levá-lo ao centro odontológico do município a fim de realizar uma avaliação em seu dente.

Ao chegar no local, descobri que meu UG já havia ido lá diversas vezes, solicitado ajuda, mas por estar sozinho e apresentar delírios não era atendido. Relatei todo o quadro, expliquei que ele era um paciente psiquiátrico, e por configurar uma emergência odontológica, consegui com que a avaliação fosse

realizada. O cirurgião dentista disse que, de fato, o dente precisaria ser extraído, porém, que esse serviço só era realizado ao final do dia. Tentei conseguir um encaixe, já que era necessária uma solução rápida para o problema e que, por se tratar de um paciente psiquiátrico, ele tinha algumas demandas simples, como guardar o dente. A secretária do centro odontológico caçoou da situação e disse que precisávamos esperar por quatro horas para preencher uma ficha para o atendimento e que depois seria necessário voltar às 16:30 h para sermos atendidos. Após duas horas de espera, recebi a notícia de que meu ônibus estava partindo de volta para Teresópolis e precisei deixar meu UG sozinho na clínica.

Na semana seguinte, fui à casa do paciente e o mesmo relatou que estava muito feliz com toda a atenção que prestei a ele. Disse que assim que me despedi e saí do centro odontológico, a recepcionista informou que não sabia qual era a medicação que ele fazia uso e que como poderia ter alguma interação com a anestesia seu dente não poderia ser extraído naquele dia. Então, ele foi embora sem ser atendido e arrancou o próprio dente em casa.

Apesar do Carmo ser referência no processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, pude observar a fragilidade do sistema, visto que o CAPS do município ainda necessita de uma maior interação com os demais serviços de saúde da cidade, de forma que o paciente possa ser atendido de maneira integral. Senti-me impactada quando tomei conhecimento de que meu UG havia arrancado seu dente em casa, sozinho, e a partir daí, busquei a sensibilização da equipe com o objetivo de que esse quadro

nunca mais se repetisse e que, futuramente, todos possam ter a chance de ter acesso ao centro odontológico sem serem enganados e menosprezados. Com essa experiência, aprendi o quanto as equipes precisam estar alinhadas para que tudo funcione da maneira adequada.

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Julia Bigogno Monteiro

O relato de experiência que será narrado ocorreu durante o Estágio de Saúde Mental na cidade do Carmo. Esse cenário durou cerca de um mês e consistiu na atuação dos acadêmicos no ambulatório de psiquiatria, no hospital, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e nas Residências Terapêuticas (RT). Todas as atividades eram supervisionadas por profissionais capacitados que nos orientavam e esclareciam as dúvidas que surgiam. A psiquiatria exerce um papel muito importante nessa cidade pela antiga existência de um Hospital Psiquiátrico e a sua conversão em Residências Terapêuticas.

Durante esse período de vivência, cada estudante elegeu um “paciente guia”, que deveria ser um dos pacientes psiquiátricos frequentadores do CAPS, tendo como função acompanhá-lo e propor uma linha de cuidados para ele. A paciente escolhida por mim foi uma idosa que apresentava Transtorno Bipolar e tinha dificuldade em aderir o tratamento instituído.

No primeiro dia que fui encontrá-la no CAPS, ela não havia comparecido e me informaram que ela tinha tentado suicídio no dia anterior. Senti-me no dever de ajudá-la e de ser responsável pela sua melhora. Fui até a casa da paciente juntamente com um profissional e a percebemos muito entristecida e se recusando a tomar os medicamentos. Conversamos bastante com a paciente e

conseguimos convencê-la a ir até o CAPS e a tomar os medicamentos, caso contrário, deveríamos interná-la no hospital. No final do dia, retornei para a pousada preocupada com a paciente, com medo de que ela tentasse novamente o suicídio, mas sabia que eu havia feito tudo que estava ao meu alcance.

No outro dia, busquei novamente a paciente na casa dela e pedi ao médico do CAPS que a atendesse para que pudéssemos elaborar melhor uma intervenção. Decidimos, então, mudar o turno dos medicamentos para manhã e tarde, pois era o período que ela estava no CAPS e poderia, dessa maneira, ser fiscalizada a tomada dos medicamentos. Eu tinha esperança de que aquelas pequenas mudanças fossem capazes de mudar o rumo do seu tratamento. Levei a paciente até sua residência e conversei com os familiares sobre a importância de me ajudarem nessa intervenção. Foi muito bom saber que a família estava me apoiando e disposta a ajudar na melhora da paciente.

Além dessas intercorrências, a paciente vinha passando por problemas financeiros, já que, no período de crise maníaca, ela fazia compras exorbitantes. Por esse motivo, não tinha dinheiro para comprar um dos seus medicamentos. Assim, providenciei toda a documentação necessária para o cadastramento da paciente no programa do governo, permitindo que recebesse o medicamento de graça. Mesmo com todo o trabalho para providenciar os documentos, valeu a pena só de saber que minha paciente teria para sempre acesso aos seus medicamentos.

No último dia de contato com a paciente, ela já estava aparentemente muito melhor e demonstrou gratidão pelo cuidado dado a ela. A equipe do CAPS me parabenizou pela atuação e prometeu continuar com a intervenção que eu havia proposto. Me senti muito feliz pelo reconhecimento da paciente e do serviço psiquiátrico.

O contato mais próximo com a psiquiatria me deixou ainda mais apaixonada por essa área da medicina. Esse estágio me fez perceber como pequenas atitudes podem ser tão importantes a ponto de salvar a vida de uma pessoa. Em nenhum outro momento do curso, eu me senti tão útil e grata ao ajudar alguém. Me despedi do Carmo com os olhos cheios de lágrimas, levando comigo todo o aprendizado teórico e, principalmente, o aprendizado de vida de cada paciente.

Espero que toda a turma 89 tenha sentido gratidão em ajudar essas pessoas que tanto precisavam de atenção e também tenha feito parte essencial na vida de cada um deles.

CONHECER O PACIENTE BIOPSISSOCIALMENTE: COMO SIMPLES AÇÕES INTERFEREM POSITIVAMENTE PARA A QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO

Rafaela Vieira Nunis

Iniciei meu internato de saúde da família em maio de 2018 na Clínica de Saúde da Família (CSF) Wilma Costa, localizada na Ilha do Governador, RJ.

As Clínicas de Saúde da Família representaram um marco na reforma da atenção primária no município do Rio de Janeiro. A primeira CSF foi inaugurada em 2009, em Realengo. Essas clínicas focam nas ações da atenção primária, ou seja, trabalhar a prevenção e a promoção da saúde e realizar o diagnóstico precoce de doenças, sendo capaz de resolver até 85% dos casos de quem busca atendimento. São compostas por uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de vigilância em saúde, dentistas, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal), que garante atendimento personalizado para cada paciente. Uma única CSF pode ser composta por mais de uma equipe, pois existe uma divisão territorial para que ocorra uma linha de cuidado individual para cada população.

A equipe que pude acompanhar na CSF Wilma Costa, por exemplo, era responsável por quatro regiões que tinham em

comum a precariedade de moradia; outras equipes eram responsáveis por áreas cuja violência predominava. Dentre os serviços oferecidos na clínica, tínhamos consultas individuais e coletivas, visita domiciliar, saúde bucal, vacinação, pré-natal e puerpério, coleta de preventivo, inserção de dispositivo intrauterino (DIU), ultrassonografia, curativos, testes rápidos, controle de tabagismo com consultas individuais e grupos, atendimento a pacientes com doenças psicológicas, Grupo da Dor, Programa Academia Carioca, entre outros. A unidade estava aberta de segunda a sexta-feira, das 8h às 19h e aos sábados das 8h às 12h, para que toda a população pudesse ter acesso.

Logo em nossa primeira semana de inserção neste cenário, fomos convidados a realizar uma visita domiciliar com foco no território de maior atenção da equipe. Tratava-se de uma região muito pobre. Logo no início de nossa caminhada rumo a estes pacientes, foi possível observar a importância do agente comunitário de saúde como buscador ativo e primeiro vínculo do paciente com a equipe de saúde. Após uma longa caminhada, chegamos no território. Passamos por verdadeiras vielas, nas quais só era possível passar lateralizado de tão apertado, descendo escadas. A cada passo, a luz do sol que antes estava tão forte ia ficando mais escassa. Neste momento, pude refletir sobre a incidência de Tuberculose no estado do RJ, em função de conglomerados úmidos, sem arejamento, predispondo à disseminação desta doença. No entanto, algo mais marcante me esperava.

Após conversar com a população, conhecer um pouco melhor seu ritmo de vida e a expectativa quanto ao acesso à saúde e esclarecer algumas dúvidas, estávamos no nosso caminho de volta à clínica, quando me deparei com um grupo de crianças descalças brincando em uma vala suja de esgoto e pisando em

fezes de animais, sem nenhum sinal de preocupação por parte delas e da população ao redor. Essa cena nos leva a compreender por que atendemos tantas crianças com verminoses, gastroenterites e doenças de pele. Também nos leva a refletir se apenas basta realizar vermifugação, vacinar contra Rotavírus ou indicar o uso de hidratantes? A resposta tornou-se claramente não.

Voltando a nossa clínica e conversando com a equipe, nos foi esclarecido os esforços de toda a equipe para resolver as problemáticas observadas. Também conversamos sobre a importância de termos nos inserido na realidade desses pacientes. Quando o médico sai do consultório e conhece o território no qual o paciente está verdadeiramente inserido, os problemas passam a ser desvendados. Neste caso, uma criança com verminose torna-se muito além de um paciente que necessita de vermífugo. É necessária educação em saúde. De fato, esta visita domiciliar e toda a minha experiência na Clínica de Saúde da Família Wilma Costa foram impactantes e fizeram diferença em minha formação como médica.

CAPÍTULO III

RELATOS DO

QUE VIVI

UM NOVO OLHAR SOBRE A PSIQUIATRIA

Julia Spegiorin Franco Maciel

Quando estávamos para entrar no nono período, a psiquiatria começou a fazer parte do internato de todas as faculdades de medicina. O Unifeso ofereceu um estágio de cinco semanas no Carmo, RJ, cidade de quase 18 mil habitantes, que é exemplo, hoje, na administração da população com doença mental. Quando o antigo hospital psiquiátrico, Teixeira Brandão, foi fechado, os pacientes que eram institucionalizados e que não possuíam suporte familiar e social suficientes foram divididos e começaram a morar nas chamadas residências terapêuticas para reabilitação e progressiva inclusão social. Me senti insegura em começar esse cenário de prática, pois temos pouco conhecimento e, principalmente, pouca experiência em como lidar com esses pacientes, sobretudo convivendo com eles diariamente por mais de um mês.

Fomos em grupos de aproximadamente 18 alunos e cada um escolheu dois pacientes para acompanhar mais de perto e, se possível, formular um projeto de intervenção. A escolha era feita apenas com o que era contado para nós pelos preceptores. Ao final da “sessão de escolha”, faltava um paciente para mim e sobrava apenas aqueles mais difíceis e que a maioria não achava interessante. Aceitei o desafio de acompanhar um paciente idoso, que me foi dito que não gostava de falar com as pessoas, era

retraído, tímido, tinha dificuldade na oratória e, por vezes, ainda podia ser agressivo. Pouco sabiam sobre sua história e, nas várias tentativas de aproximação de outros alunos e até mesmo dos preceptores, não houve sucesso. Sabia que seria um desafio, mas ao mesmo tempo me senti instigada a descobrir um pouco mais sobre ele, que chamaremos a partir daqui de A.S.

Na nossa grade, tínhamos que nos encontrar com cada paciente no mínimo uma vez na semana. Muitos alunos tiveram a sorte de conseguir encontrar com os seus no CAPS, por serem frequentadores assíduos do local, o que facilitava, pois era onde íamos quase todos dias. Quando conversei com a equipe e depois de ler o prontuário de A.S., percebi que, além das diversas faltas nas atividades que fazem parte do seu tratamento, quando comparecia ao centro ele também não participava. Então, a maneira que tinha para encontrá-lo era apenas indo a sua casa, que, no caso, era uma residência terapêutica.

Antes de encontrá-lo, preferi estudar os prontuários tanto do CAPS quanto do Hospital Teixeira Brandão, para assim conhecer melhor meu paciente e saber o grau de dificuldade que poderia enfrentar na socialização. Descobri que era portador de doença mental desde os 18 anos, tendo sido diagnosticado com esquizofrenia paranoide por conta de sintomas como alucinações e delírios persecutórios, e que já tinha passado por várias internações psiquiátricas e diversos tipos de esquemas medicamentosos. Mas com o tempo, a esquizofrenia foi referida

como residual e o paciente passou a apresentar sintomas negativos como lentidão psicomotora, hipoatividade, embotamento afetivo, hipopragmatismo, pobreza na quantidade e no conteúdo do discurso e pouca comunicação verbal e não verbal, motivo pelo qual os preceptores disseram que meu trabalho seria um grande desafio.

Receosa com as visitas domiciliares, eu já esperava não conseguir muita aproximação com A.S.. Como esperado, na primeira vez, as cuidadoras me apresentaram a ele, mas o mesmo não quis conversar e evitou estar nos mesmos cômodos da casa que eu durante todo o tempo. E da mesma forma foi a segunda e terceira vez que fui à residência. Percebi que seria difícil a interação, mas queria ter sucesso no trabalho que me foi submetido. Então, para conseguir algum êxito, tentei entrar em contato com a família do paciente e entrevistei as cuidadoras, a equipe do CAPS e do centro de convivência, as pessoas da cidade e os outros moradores da residência, para tentar conhecer um pouco mais sobre meu paciente.

Minha frequência se tornou constante na casa e, aos poucos, A.S. começou a aceitar minha presença e permitir pequenas conversas. Nas diversas entrevistas que fiz, descobri suas preferências, como jornais e queijos, e sempre tentava focar nesses assuntos quando tentava me aproximar. Sempre o incentivava a participar das atividades do CAPS e, por diversas vezes, perguntava se ele gostaria de fazer algo no centro de

convivência da cidade. As respostas eram curtas e de difícil compreensão, mas já me contentava.

Próximo ao final do estágio, eu ainda tinha pouca informação sobre ele, não tinha evoluído nas nossas conversas e o mesmo não tinha comparecido às atividades que faziam parte do seu projeto terapêutico singular. Foi, então, que preferi marcar na residência uma visita com uma amiga da família de A.S., que era a pessoa mais próxima a ele, com o intuito de tentar mais uma vez uma aproximação. Levei outro queijo nessa ocasião e nos reunimos em uma mesa. Seria a minha última visita a A.S.. Surpreendentemente, a ideia deu certo e consegui estabelecer um bom diálogo, dentro de suas limitações. Ele me permitiu realizar o exame físico e me prometeu que voltaria a participar das atividades do CAPS. Ao final, ele me ofereceu um pedaço daquele queijo, e quis me servir mais de uma vez. Quando fui embora, timidamente, demos um abraço. Um dos objetivos de minha intervenção era conseguir mais sobre sua história e isso não foi alcançado com grande sucesso, já que o paciente pouco se lembrava. Porém, por mais simples que tenham sido os avanços verificados nessa última visita, e ao lembrar de todas as inseguranças em lidar com um paciente psiquiátrico considerado muito difícil pela própria equipe que o acompanhava, eu me satisfiz e saí da residência com sensação de que, com um pouco de insistência, consegui obter uma pequena vitória.

É importante ressaltar que, durante todas as visitas, eu observava A.S. e verifiquei que o mesmo tinha muitos tremores devido à discinesia tardia causada por uma impregnação contínua e progressiva, principalmente dos antipsicóticos típicos prescritos. Com o propósito de melhorar sua qualidade de vida, me atentei às medicações dadas pelas cuidadoras da residência para poder discutir com o médico sobre possíveis mudanças que poderiam ser feitas para diminuir os sintomas extrapiramidais. Ao comparar as medições prescritas no prontuário do CAPS com as ofertadas na casa reparei que havia divergências quanto as receitas e que estava sendo dado muito mais medicamento que o prescrito. Em conversa com toda a equipe de apoio isso foi sinalizado, mudado e alertado para que o caso não se repetisse.

Na apresentação do fim rotatório, nosso preceptor me parabenizou pelo vínculo que eu tinha criado com o A.S., algo que o próprio, há anos, tentava e não conseguia. Uma semana após, recebi uma foto pelo celular da cuidadora de A.S.. Ele estava no CAPS, participando da atividade proposta, desenhando e interagindo com outros participantes. Também recebi uma mensagem da amiga da família que me acompanhou na última visita, me agradecendo pela dedicação e atenção que foi dada a ele. E assim terminei o estágio de psiquiatria com sensação de dever cumprido e muito emocionada.

Com o tempo que passamos no Carmo e a experiência vivida, as inseguranças sentidas antes de começar o estágio foram reduzidas e não só aprendi a criar vínculos efetivos como aprendi a ser persistente, a ter zelo e a trabalhar de diversas formas para conseguir melhorar a qualidade de vida de alguém. E isso pode ser ampliado para além do paciente com doença

mental, que não é diferente de qualquer outro. Esse estágio não só ensinou psiquiatria, mas me preparou, em diversos níveis, para ser uma melhor profissional.

A IMPORTÂNCIA DA EXPERIÊNCIA PRÁTICA NA CONSTRUÇÃO DO CARÁTER PROFISSIONAL

Lucas Correa da Rocha

O presente relato aborda a minha experiência como interno de Medicina do nono período durante o módulo de Saúde Mental. No Centro Universitário Serra dos Órgãos, o cenário de prática de Psiquiatria ocorre em Carmo/RJ, cidade famosa pelo seu histórico envolvimento com a saúde mental, que vai desde o antigo Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB) até as atuais Residências Terapêuticas. Nesta inserção, uma de minhas atribuições como interno era acompanhar um paciente da comunidade, usuário do CAPS.

Confesso que, no início, apresentei certa resistência em relação a esta atividade, pois no meu até então limitado entendimento, não conseguia enxergar, na atividade, aprendizado técnico sobre psiquiatria, pois tinha a falsa impressão que exerceria apenas um papel de “assistência social”. No entanto, fui totalmente surpreendido com uma das experiências que mais me tocaram durante toda a minha formação médica.

Fiquei responsável por um paciente que tinha acabado de se tornar usuário do CAPS, ou seja, até então não havia praticamente nenhum dado sobre o mesmo. A única informação que haviam me passado era que se tratava de um jovem, usuário de drogas e portador de HIV, que havia começado um quadro de

esquizofrenia a cerca de três meses, e que a mãe e o irmão estavam implorando por alguma ajuda, já que não estavam sabendo lidar com a situação.

Diante deste desafio, dediquei-me a entender melhor o caso e a tentar, de alguma forma, ajudar aquela família. Tracei estratégias de encontro com o paciente e com sua mãe e seu irmão, que ocorriam tanto por meio de visitas domiciliares quanto em reuniões no CAPS. Aos poucos, consegui elucidar melhor não só a evolução do quadro clínico, mas também o contexto social de sofrimento e o passado marcado por pobreza, instabilidade familiar e abuso sexual.

Quanto mais entendia a situação, maior era o desejo de fazer algo para ajudar aquela família. Ainda como interno, passei a questionar o diagnóstico psiquiátrico do paciente como sendo primário e defendi a hipótese de um quadro secundário a sua patologia clínica de base, o HIV. Encontrei inúmeras dificuldades tanto em relação à burocracia inerente ao SUS quanto a nível de apoio por parte da equipe. Apesar disso, no penúltimo dia da minha inserção no cenário de Carmo, consegui realizar a internação do paciente para que ele realizasse uma sequência de exames laboratoriais e de imagem, e para que fosse otimizado o seu tratamento com o serviço de infectologia.

Cerca de dois meses depois, fui surpreendido pela feliz notícia de que o paciente havia tido uma expressiva resposta ao tratamento. Havia ganhado peso, melhorado seu estado clínico e recuperado do quadro psiquiátrico que outrora apresentava. Sem dúvidas, esta foi uma das melhores sensações que senti em minha vida, a de poder vivenciar uma das maiores dádivas da área da saúde, que é a sensação de ser um modificador na vida do próximo.

Em última análise, a experiência no cenário de Carmo foi de grande aprendizado médico, mas especialmente de crescimento pessoal. Afinal de contas, como já dizia Carl G. Jung “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

O CUIDADO AO PACIENTE E A IMPORTÂNCIA DA VISÃO HOLÍSTICA

Claudio Galvão Dourado Júnior

O presente texto aborda sobre algumas das experiências vivenciadas por mim, estudante do curso de medicina do Centro Universitário da Serra dos Órgãos, e as percepções que tive durante o módulo do internato de Saúde Mental no nono período entre os meses de fevereiro e março.

Os estudantes, em um intervalo de aproximadamente um mês e uma semana, eram inseridos, de segunda à sexta-feira, no município de Carmo, localizado na Região Serrana no Estado do Rio de Janeiro, referência em saúde mental. A justificativa para este relato se alicerça no grande impacto que esta experiência teve em minha vida acadêmica, proporcionando uma melhor compreensão da linha de cuidados a ser tomada pelos profissionais de saúde em geral, bem como a possibilidade de se alcançar uma visão holística dos pacientes.

Ao chegarmos na cidade, eu e meus colegas fomos recebidos pelos preceptores responsáveis pelo cenário, os quais nos mostraram as obrigações, mas também as possibilidades possíveis. Logo no início, antes das atividades propriamente ditas, já percebemos que o cenário seria de grande aprendizado, mas também um grande desafio, uma vez que, até então, nenhum cenário nos havia dado tanta autonomia com os pacientes.

Após a palestra inicial, fomos levados para um reconhecimento do território que iríamos trabalhar. Logo nessa curta viagem, foi possível ver aspectos fundamentais, como a distribuição das residências terapêuticas (RT) bem como sua comunicação com o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e os centros de assistência. Ao longo desse módulo do internato, cada estudante ficou responsável por dois pacientes.

A proposta era que cada estudante deveria passar o maior tempo possível com seus pacientes, a fim de observá-los em cenários sociais diversos e suas interações. Além de conhecer suas histórias e avaliar a eficiência do tratamento proposto, tínhamos que observar seus possíveis efeitos colaterais.

Não obstante, aconteciam, em outros momentos, discussões com os preceptores e com o grupo de colegas e atendimentos no ambulatório de psiquiatria e nas RT. Embora o módulo de saúde mental conte com diversos cenários, darei seguimento com o relato de caso que tive com o meu paciente da RT.

As residências terapêuticas da cidade do Carmo tinham como característica serem habitadas por 10 a 12 pacientes, todos portadores de uma condição psiquiátrica. Além disso, elas eram gerenciadas por duas ou três cuidadoras, que exerciam o cuidado básico com os pacientes, como, por exemplo, fazer a comida, se certificar que os pacientes estavam tomando as medicações certas

nos horários corretos e, por vezes, cuidar da higiene do paciente, quando esse não era capaz de cumprir essa necessidade sozinho.

O paciente que acompanhei havia passado um longo tempo institucionalizado, o que, muitas vezes, se traduzia em pouca interação com todos a seu redor, principalmente comigo, recém-chegado.

Para o meu primeiro contato com meu paciente, fui até sua RT com o objetivo de deixá-lo mais confortável, por ser um ambiente ao qual ele já estava acostumado. Ao adentrar na residência, me deparei com vários moradores no sofá assistindo TV e, entre eles, estava o meu paciente. Apresentei e todos me cumprimentaram, com exceção do meu paciente que, ao me ver, mostrou uma face assustada e desviou o olhar. Naquele momento pensei: “Que sorte! O único que não quer interação comigo é o meu paciente. Esse trabalho vai ser difícil”. Todavia, resolvi ter outra estratégia, uma abordagem indireta a ele, interagindo com todo o grupo presente. Iniciei com perguntas simples, como seus nomes e suas idades, o que gostavam de fazer. Sempre me dirigia a meu paciente por último, pois sabia que assim era maior a probabilidade de ele responder.

Após esse primeiro contato, decidi direcionar minha atenção exclusivamente para meu paciente. Reparei que ele vestia uma camisa de um time carioca, de forma que lhe fiz perguntas sobre este assunto, visto talvez ser um tema de seu interesse, o que aumentaria seu entrosamento comigo e me permitiria avaliar

melhor o grau de sua patologia psiquiátrica. Porém, neste momento, percebi que ele apresentava muita dificuldade de comunicação, sussurrava sons incompreensíveis ou respondia frases prontas sem sentido.

Devido a essa tentativa malsucedida, resolvi buscar mais informações com as cuidadoras da casa. Relatei a forma como fui recebido pelos demais pacientes e, especificamente, a forma como meu paciente me recepcionou. Já no início da conversa, elas me sinalizaram sobre importantes fatores na história prévia do meu paciente. Ele havia trabalhado como “aviãozinho”, transportando pequenas quantidades de droga até os usuários em uma favela no Rio de Janeiro, de forma que havia a possibilidade de passagens pela delegacia. Neste momento, me atentei ao fato de eu estar calçando uma bota de couro, o que, provavelmente, fez com que o paciente associasse com a vestimenta de policiais, trazendo lembranças ruins. Ciente deste impasse, decidi encerrar meu contato nesse dia.

No dia seguinte, mudei meu calçado e decidi acompanhar a cuidadora e meu paciente até as atividades no CAPS. Fizemos o percurso a pé e, durante a caminhada, notei meu paciente muito educado e sociável, cumprimentando todos que estavam em seu caminho, e elogiei seu comportamento para a cuidadora. Ela ficou muito feliz com o comentário, mas me confidenciou que nem sempre havia sido assim. Apesar do paciente estar na RT há sete anos, apenas nos últimos dois anos mantinha um comportamento

sociável. Ela me explicou que, antes da última alteração das medicações, o paciente se encontrava completamente instável, alternando entre um comportamento calmo (como o que eu via no momento) e um comportamento altamente agressivo. No CAPS, vi a interação de todos os pacientes e me propus a participar das atividades de desenho com o meu paciente. Conforme o tempo passou, fui ganhando sua empatia, o que me proporcionou maior interação e detalhamento sobre certos aspectos, que inicialmente eram obscuros para mim.

Devido à estabilidade do paciente e pela história relatada pela cuidadora, julguei melhor não sugerir intervenções com relação à modificação no tratamento medicamentoso. Entretanto, mesmo não fazendo intervenções farmacológicas, obtive muito aprendizado, principalmente no que se refere à importância do trabalho em equipe, visto que nos tornamos mais um componente da rede de assistência psiquiátrica do município, podendo, assim, entender de forma prática a relevância de cada profissional na abordagem dos pacientes. Sem dúvidas, todas essas experiências foram importantes para a minha formação.

Diante do exposto, concluo que minha experiência no internato de saúde mental excedeu minhas expectativas. Destaco que os conhecimentos que obtive durante minha passagem farão de mim um profissional mais capacitado e com uma visão mais holística tanto do paciente quando da comunidade em que ele estiver inserido, bem como me proporcionarão uma melhor compreensão do funcionamento da rede de cuidados de qualquer paciente.

INTERNATO NO HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO

Yasmin Peres Silva

No segundo semestre do ano de 2018, tive a experiência de participar do internato no Hospital Federal de Bonsucesso, na cidade do Rio de Janeiro. Fiquei lá por seis meses, onde pude rodar nas áreas de Clínica médica, Cirurgia, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. O UNIFESO proporcionou, a cada aluno, uma ajuda de custo de 35 reais por dia, em média, que arcou com os custos de alimentação. Além disso, foi fornecido transporte para os quatro dias da semana que estávamos ali presentes.

Meu primeiro rotatório foi o de Pediatria. Sou suspeita para falar, pois é a minha especialidade pretendida. Sem dúvidas, foi o melhor cenário. Além de possuir preceptores muito bons, tive a oportunidade de acompanhar ambulatorialmente várias subespecialidades, como cardiologia, nefrologia, neurologia e pediatria geral. Esse cenário foi de grande valia, pois além de ter ampliado meu conhecimento sobre determinadas patologias, garantiu a certeza sobre meu futuro na área médica.

O segundo rotatório foi o de Clínica Médica, que era baseado na enfermaria de urgência e emergência, onde praticamente ficavam internados pacientes graves diagnosticados com neoplasias terminais. Foi um cenário triste, porém, serviu como amadurecimento psicológico. Esse cenário era precário em relação

à estrutura, faltavam medicações importantes utilizadas no cotidiano, mas, apesar disso, possuía excelentes profissionais que garantiam a qualidade do serviço.

Após, veio a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. Comecei o rotatório na Obstetrícia, que não deixou a desejar em questão de preceptores. Tivemos o prazer de aprender com excelentes profissionais da área e treinei exaustivamente a anamnese e o exame físico na gestante. Nesse cenário, os estudantes também apresentavam seminários sobre determinados temas escolhidos pelo médico-chefe. O meu foi sobre sífilis na gestação, tema que tive a chance de presenciar em vários casos durante o rotatório, analisando o quadro clínico e o diagnóstico da doença. Após três semanas na Obstetrícia, deu-se início a Ginecologia. Não achei válido esse cenário, pois acrescentou muito pouco na minha vida acadêmica. Os preceptores não davam atenção aos alunos e o fluxo de pacientes era pequeno, o que nos deixava com muito tempo ocioso.

Por fim, o último rotatório foi a Cirurgia Geral e foi excelente. A cirurgia era dividida em dois grupos (A e B). Eu fiquei na cirurgia A. Sem dúvida, era o cenário em que havia os melhores residentes. Estes eram atenciosos com os estudantes e nos auxiliavam nos procedimentos, o que não aconteceu em nenhum outro cenário.

Após o fim de cada rotatório, era aplicado uma prova escrita sobre os principais temas vistos no hospital. Além disso, alguns cenários, como Pediatria e Clínica Médica, apresentavam

aulas complementares na parte da tarde, que ajudavam muito a fixar o conhecimento.

Diante de todas essas informações, concluo meu relato de experiência dizendo que, apesar de muito cansativo, o internato no Hospital Geral de Bonsucesso foi de grande valia para a minha formação acadêmica e profissional.

CAPÍTULO IV
CAMPO DE
PRÁTICA,
CAMPO DE
APRENDIZADO

RELATO DE EXPERIÊNCIA – O QUE VI E APRENDI ATUANDO COMO INTERNO DE MEDICINA NA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CARMO, RJ

Bruno Franco Marinho

A cidade do Carmo, RJ, é considerada referência no âmbito da saúde mental. Esse fato se deve à existência do Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), que abrigou, de 1947 a 2001, diversos pacientes com doenças psiquiátricas, provenientes dos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro. O HETB foi fechado em 2001 devido às péssimas condições em que os pacientes viviam e eram tratados. Com isso, foi aberto o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Carmo, com o intuito de cuidar dos pacientes oriundos do hospital. Em 2004, foram inauguradas as primeiras Residências Terapêuticas, sendo que, nos anos seguintes, foram sendo implantadas mais algumas, chegando ao número atual de 17, onde habitam 119 moradores. Os pacientes foram sofrendo, aos poucos, o processo de desinstitucionalização e uma equipe foi formada para encontrar documentação pessoal de todos os pacientes. Hoje, todos os moradores são acompanhados pelo CAPS, por meio de seus Projetos Terapêuticos Singulares e são cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. Os pacientes são assistidos pelo CAPS, pelo Serviço de Atendimento Infante-Juvenil (SAIJ), pelo ambulatório de Psiquiatria,

além de leitos destinados à emergência psiquiátrica no hospital da cidade.

O meu objetivo, com esse relato de experiência, foi tentar mostrar como esse rotatório do internato médico, na área da psiquiatria, mudou a minha percepção sobre esta especialidade tão nobre. Além disso, tentei mostrar que os pacientes psiquiátricos podem e devem ser inseridos na sociedade como qualquer outro paciente/ser humano.

A minha experiência no Carmo começou em forma de ansiedade nas semanas que antecederam a minha ida à cidade, pois sempre tive certo receio e preconceito com a psiquiatria, por ser uma área delicada e particular da Medicina, em que o médico tem que conseguir enxergar além do que os olhos veem.

Porém, ao mesmo tempo, me senti desafiado por uma nova experiência em minha formação acadêmica, quando eu poderia ter a única chance da minha vida de poder conviver de forma tão intensa e tão próxima com a psiquiatria.

Começarei falando sobre o CAPS e as diversas atividades desenvolvidas lá, pois foi nesse espaço que tive a chance de conviver mais tempo com a maioria dos pacientes. No meu primeiro dia no CAPS, fiquei receoso e praticamente não conversei com nenhum paciente, pois senti uma insegurança em manter um diálogo com os seus usuários. Apenas conheci o espaço físico, os funcionários e a dinâmica do serviço. Apesar disso, voltei ao CAPS, no mínimo, 15 vezes, e cada vez que eu voltava, aprendia algo novo e conversava com mais pacientes. Lembro-me que, a partir da segunda semana do rotatório, já fazia piadas e brincava com a maioria dos pacientes como nunca tinha feito antes em minha formação acadêmica. Um destaque, na minha opinião, deve ser

dado aos Grupos Bom Dia e Boa Tarde, nos quais atuamos. Eram reuniões feitas com os pacientes, em que eles podiam tirar dúvidas, expor angústias, medos ou mesmo conversar. Além disso, as oficinas desenvolvidas nesse ambiente eram fundamentais para o tratamento desses pacientes e vimos de perto como eles se sentiam bem durante esses momentos. Alguns faziam desenhos, outros pintavam. Alguns faziam pulseiras, outros tapetes. Com isso, eles se sentiam úteis e eram estimulados a trabalhar a parte motora e a concentração. Durante minha estadia na cidade, recebi alguns presentes dos pacientes, como desenhos e pulseiras, além de muito carinho por parte da grande maioria deles.

Outro cenário que foi bastante enriquecedor durante meu internato foi relacionado às visitas às Residências Terapêuticas (RT) com Usuário Guia. Esse cenário funcionava da seguinte forma: cada interno ficava responsável por um paciente de uma RT, tendo que visitá-lo em sua casa, procurar saber sobre sua saúde física e mental, criar um vínculo e tentar intervir de forma positiva em sua vida. No início, senti a insegurança de chegar sozinho na casa do meu paciente e conversar com ele, pois nunca tinha atuado dessa forma na psiquiatria. Ao todo, ocorreram quatro encontros na RT, cada um mais enriquecedor que o outro. Meu usuário guia era um paciente de 71 anos, oriundo do HETB, onde ficou internado por cerca de 20 anos. Em cada conversa, eu aprendia um pouco mais sobre a sua sofrida história, que carecia de detalhes devido a sua memória retrógrada prejudicada. Apesar disso, pude entender um pouco da sua vida, de como ele foi parar no HETB e como ele se sentiu nessa transição entre o fechamento do antigo hospital e sua mudança para outra realidade, quando passou a morar em uma casa decente, andando pela rua como uma pessoa normal e sendo assistido por um sistema de saúde mental eficiente e

com funcionários bem preparados. Ao final da minha estadia no Carmo, entreguei um bilhete com uma mensagem de agradecimento a ele, com minha assinatura e meu carimbo de interno de medicina. Após dois meses da minha partida, soube, por outros internos que foram atuar na cidade, que ele guardava meu bilhete na sua carteira e mostrava para todos com quem conversava, mesmo sem saber ler.

Por fim e não menos importante, destaco o cenário do ambulatório de psiquiatria, destinado apenas a consultar pacientes com doenças psiquiátricas estáveis. Enquanto em todos os cenários acima pude vivenciar e aprender sobre as doenças psiquiátricas em um contexto mais social e mais humano, no ambulatório colocávamos em prática a parte da medicina que já estávamos acostumados a praticar: atender aos pacientes em forma de consulta médica e medicá-los. Também foi bastante enriquecedor por nos fazer aprender e relembrar temas importantes na formação médica, como a sùmula psiquiátrica, a psicopatologia e a psicofarmacologia.

A Psiquiatria sempre foi vista com receio e preconceito por médicos e leigos, já que a “loucura” das pessoas nunca foi bem recebida pela sociedade, inclusive por mim. O estágio nessa área, durante minha formação acadêmica, foi fundamental no rompimento do meu preconceito com essa especialidade tão nobre da medicina. Além disso, esse pouco e proveitoso tempo em que tive a oportunidade de conviver com diversos pacientes com as mais variadas patologias psiquiátricas, me mobilizou a estudar, de forma mais profunda, a psicopatologia e psicofarmacologia. Por fim, aprendi e vou levar para o resto da vida as lições deixadas pelos pacientes da cidade do Carmo, de que é possível sim a inserção deles na sociedade, da qual eles

fazem parte da mesma maneira que qualquer indivíduo. Vi e vivi uma realidade diferente da qual estou acostumado e, com certeza, isso me engrandeceu como futuro médico e, principalmente, como pessoa.

QUATRO SEMANAS LONGE DE CASA

Georgia Grecca

Durante o internato do curso de Medicina na minha faculdade, Unifeso, localizada na cidade de Teresópolis, tivemos a oportunidade de vivenciar diversas experiências em cenários diferentes. Especificamente, no nono período, participamos de estágios em três diferentes locais: cidade do Rio de Janeiro, Teresópolis e Carmo. Com toda certeza, todos esses cenários me trouxeram experiências incríveis, realidades muito diferentes e resultaram em um grande aprendizado. Todavia, por inúmeros motivos, para mim, o cenário mais marcante do período foi o estágio na cidade do Carmo e, por isso, gostaria de compartilhar uma pequena parte da minha experiência neste local.

Ao longo de quatro semanas, no período compreendido entre 26 de fevereiro e 30 de março de 2018, eu e meus colegas, formando um grupo que totalizava dezoito acadêmicos, éramos conduzidos até a cidade do Carmo, que se localiza a 96,0 km de Teresópolis, em um ônibus disponibilizado pela faculdade, que saía na terça de manhã de nossa cidade e retornava na sexta-feira à tarde. Até hoje, com 22 anos, eu nunca havia passado por um período de tempo tão longo assim, sem a presença de algum familiar ou de meu namorado ou até mesmo das minhas cachorrinhas. Dessa forma, para mim, não haveria dúvidas de que

seria uma experiência totalmente diferente de tudo que já havia vivenciado.

Desde o momento em que fui informada desse estágio em outra cidade, onde ficaríamos hospedados em uma pousada durante algumas semanas, comecei a ter algumas preocupações. A primeira delas surgiu com relação à alimentação. Desde os 16 anos, descobri diversas intolerâncias alimentares, que me levavam a fazer praticamente todas as refeições em casa, por ter uma dieta extremamente restrita. Passar as semanas longe de casa me obrigaram a fazer um planejamento alimentar diferenciado, levando lanches e comidas prontas, para que eu não me preocupasse em não encontrar restaurantes em que pudesse comer, ou passar mal caso me alimentasse com algo que sou intolerante. A segunda preocupação foi com relação ao clima. Visto que vivi 18 anos em Curitiba e outros quatro em Teresópolis, ambas cidades com temperaturas baixas, não estava acostumada a conviver com o calor, e ao conversar com colegas que já haviam passado por este estágio na cidade do Carmo, fui informada que era uma cidade extremamente quente e abafada, o que me deixou receosa de como seria ter uma rotina neste local.

Chegou então o primeiro dia dessa experiência. Acordei algumas horas antes do despertador tocar, pois estava muito ansiosa para descobrir como seria essa nova realidade que iria viver por um tempo. Saímos cedo de Teresópolis e fomos para Carmo. Chegando lá, já havia uma programação estabelecida, em

que conheceríamos diversos locais da cidade, como ambulatório, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital, e terminaríamos em um encontro de recepção com o prefeito na prefeitura. Essa programação, que já aparentava ser um pouco cansativa, ficou ainda mais, quando o ônibus que havia nos levado quebrou e tivemos que conhecer todos esses locais andando pela cidade. Apesar da boa receptividade de todos, professores, médicos, moradores e prefeito, naquele momento, aquilo que era minha segunda preocupação, se concretizou. O sol estava muito forte e o calor muito intenso. Caminhando pela cidade, na metade do dia, já estava suada e um pouco irritada, tentando criar forças para continuar o passeio. Percebi que realmente tinha muita dificuldade em lidar com o calor intenso. No final do dia, fomos levados até a pousada em que ficaríamos durante as semanas. A pousada me surpreendeu, era um local muito agradável, com churrasqueira, piscina e, principalmente, ar condicionado nos quartos, que, para mim, foi a salvação. Visto que era o primeiro dia, meu grupo fez um churrasco para comemorar o início do estágio, porém, devido ao estado de cansaço extremo em que eu me encontrava, fui me deitar cedo.

Durante a primeira semana, recebemos o planejamento e algumas informações sobre os diferentes cenários em que passaríamos, e fomos orientados a seguir tais atividades. Assustou-me o fato de cada atividade ser em um local diferente da cidade, e muitas delas serem individuais. Como não sou boa em

orientação espacial e não sabia me localizar na cidade, me perdi diversas vezes a caminho das atividades ou voltando para a pousada, o que me deixou muito nervosa. Nas vezes em que me vi sem saber onde estava e sem saber para onde ir, permaneci parada e chamei um taxi, que me levou diretamente para a pousada. Essas situações de insegurança me deixaram com muito medo, e me fizeram acordar algumas vezes apreensiva com as atividades do dia.

Como componente do estágio, fomos orientados a conviver, observar as fraquezas, dificuldades e problemas dos pacientes que recebemos, e então, realizar um projeto de intervenção para eles. Para isso, era necessário descobrir onde era sua residência, criar um vínculo com o paciente e sua família, e então me mobilizar para conseguir os materiais, assistência, verbas para internação etc. “Correr atrás” de todas essas funções, para mim, foi um desafio, pois dependia que eu fosse atrás de informações e conseguir o que eu havia planejado para o meu projeto de intervenção, como marcar reunião com assistente social, encaminhar para consultas médicas necessárias, e inclusive, encontrar a paciente, que muitas vezes, não se encontrava em sua residência.

Meus dias eram preenchidos com atividades em todos os momentos, fato que auxiliava a não pensar muito sobre a saudade de casa, porém, levava a um cansaço muito grande. Lembro-me de um episódio, em que após o almoço, devido ao calor intenso, meu

grupo encontrou uma sorveteria, que possuía ar condicionado e sorvete para refrescar. Meu cansaço era tão grande, que, enquanto eles se refrescavam com seus pedidos, dei minha cabeça sobre a mesa e dormi profundamente, sendo acordada após cerca de uma hora por minha colega para que não nos atrasássemos para a próxima atividade.

Todas essas situações me deixaram apreensiva e muitas vezes insegura no começo do estágio. Porém, nas últimas semanas tudo havia mudado, já me localizava na cidade, obtive sucesso nas minhas intervenções e criei um vínculo com muitos pacientes, especialmente no CAPS. Lá, foi possível maior contato com um grande número de pacientes, visto que eles frequentavam este lugar diariamente, desde a atividade no Grupo Bom dia até o encerramento com a atividade no Grupo Boa tarde. Realizávamos atividades de lazer, consultas e refeições. Assim, pude conversar muito com os pacientes, que mostravam sua alegria ao ver os acadêmicos e nos alegravam ainda mais, nos presenteando com desenhos e pulseiras. Ver o sorriso no rosto dessas pessoas me proporcionou muita felicidade, me senti acolhida e importante para eles.

No último dia do estágio, após a apresentação de nossos trabalhos, um professor me perguntou sobre o que eu havia aprendido naquele mês. Cada dia mais acredito que dei a resposta certa. Respondi que, além de todo o conteúdo de psiquiatria, que certamente aprendi muito, para mim uma das coisas que mais me acrescentou foi o fato de aumentar minha segurança, me fazer ir atrás das tarefas, “me virar” e encarar os meus medos. Percebi que, na maioria das vezes em minha vida, tinha alguém do meu lado me ajudando e resolvendo problemas que eram meus. Passando essas semanas longe de casa, foi possível perceber o quanto eu era capaz de me localizar em uma cidade nova, me organizar e resolver as mais diversas situações sem pedir ajuda aos meus pais ou a outra pessoa. Ao

final das quatro semanas, não tive dúvidas que elas me fizeram amadurecer muito.

Somado a isso, a alegria de encontrar os pacientes todos os dias desde o bom dia com sorriso no rosto, ansiosos para conversar, nos presentear com desenhos ou gestos de carinho, fizeram toda a saudade de casa, da família e de dormir na minha cama, valerem muito a pena. Sou muito grata a tudo que essa experiência me proporcionou, tanto aos momentos alegres quanto aos momentos de maior dificuldade, que me fizeram aprender muito mais que o conteúdo da psiquiatria, mas também me fizeram amadurecer e aumentar minha autoconfiança. Essa experiência tão diferente de tudo o que já passei, deixou muita saudade.

INSERÇÃO DO INTERNO DE MEDICINA NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, RJ

Lais Miskulin Prearo

O texto a seguir diz respeito a um relato de experiência vivida por mim durante dois meses de 2018, enquanto cursava o nono período de graduação em medicina, no Centro Universitário Serra dos Órgãos – Unifeso. Os internos foram inseridos na Clínica de Saúde da Família (CSF) na cidade do Rio de Janeiro, sendo divididos em grupo de 17 estudantes, frequentando quatro dias na semana, nos períodos manhã e tarde, sob supervisão de dois preceptores médicos especialistas em Saúde da Família e Comunidade.

Durante a primeira semana, acompanhei o primeiro atendimento que é realizado na recepção pelas agentes comunitárias, obtendo a queixa principal que é passada para o prontuário eletrônico. Realizei também visitas ao território adscrito à clínica, o que foi importante para detectarmos as situações de risco as quais os pacientes são expostos, observando a presença de saneamento básico, a quantidade de áreas de lazer e escolas e, assim, poder entender melhor os pacientes e traçar mais adequadamente seu plano terapêutico singular. Posteriormente, acompanhei, de forma observatória, as consultas médicas e, ao fim, discutíamos os casos clínicos vistos no dia. No decorrer do

estágio, fomos divididos em dupla de acadêmicos para realizarmos as consultas, sob supervisão do preceptor. Além disso, acompanhei a sala de observação, para onde eram direcionados os pacientes com queixas urgentes.

Experimentei a insegurança frente algumas patologias que os pacientes apresentavam, o que gerou incômodo e vontade de aprender mais para tornar minha experiência clínica mais resolutiva. Cresci academicamente. Pesquisei e aprofundei os meus estudos a partir das necessidades da minha prática clínica. Uma fragilidade na inserção foi a desproporção entre a quantidade de preceptores e o número de estudantes, fazendo com que as consultas demorassem para se iniciar, e consequentemente, seu desfecho. Com isso, era restrito o número de pacientes examinados.

Estar inserida em uma clínica de saúde da família me fez entender melhor o olhar e o cuidado longitudinal com o paciente, bem como compreender o paciente como um todo. Além disso, contribuiu para eu perceber como são amplas as apresentações das patologias e, principalmente, que o aprendizado significativo das competências médicas ocorre a partir da prática.

APLICABILIDADE DO MATRICIAMENTO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Letícia Rosa Sampaio

Este relato de experiência se passou na cidade do Rio de Janeiro, em uma Clínica de Saúde da Família (CSF), local de composição das atividades de graduação em Medicina no que se refere à atenção primária. Esse cenário foi muito enriquecedor porque, além de termos contato com uma rotina de exames diferente da encontrada nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Teresópolis, tivemos contato com determinadas especialidades, como a dermatologia. Essa atividade era chamada de apoio matricial ou matriciamento e era um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada, com vistas à integralidade e à resolutividade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar.

A CSF era uma unidade de atenção primária, que tinha como objetivo focar nas ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce de doenças. A dinâmica era bem efetiva, já que contava de uma equipe multidisciplinar dividida em áreas de acordo com local de moradia dos pacientes, o que facilitava o trabalho contínuo e de inserção dos mesmos na rede de atenção.

Durante nossa passagem pelo cenário da CSF, fomos divididos em equipes por cada área do bairro, na Ilha do

Governador, RJ, para, assim, tentar acompanhar a evolução dos pacientes que iríamos ver de forma contínua.

A experiência que me marcou, nesse cenário, estava justamente relacionada ao serviço da equipe. Em um dos atendimentos, conhecemos uma paciente branca, idosa, de olhos claros, que apresentava uma lesão de pele em região periocular direita, ou seja, uma área com contínua exposição solar.

Dessa forma, como equipe constituída no momento por estudantes de medicina e médicos, pensamos em uma lista de hipóteses diagnósticas para aquela paciente, dentre elas carcinoma basocelular, nodular ou plano, ou melanoma. Concluímos que a resolutividade seria mais efetiva se agendássemos a paciente para o matriciamento. Assim, marcamos uma consulta com a dermatologista.

No dia da consulta, suspeitou-se de carcinoma basocelular, pela presença de características, como pápula brilhosa, perolada e com presença de diminutos vasos sanguíneos visíveis. Foi relatado, pela paciente, que a lesão já tinha virado uma úlcera, mas que havia regredido para pápula novamente. Essas características se assemelhavam à forma nodular, que surge habitualmente na face e é responsável por 60% dos casos.

Além disso, lembrei de associar os fatores de risco apresentados pela paciente, como idade avançada, região da lesão frequentemente exposta aos raios solares, viver em áreas tropicais e com alta exposição solar ao longo de todo o ano, pele muito clara

e olhos claros. Foi solicitado uma biópsia da lesão para confirmar o diagnóstico, que teve como resultado o já esperado carcinoma basocelular.

O que mais me interessou nessa experiência foi a necessidade que senti em estudar e aprender mais sobre o câncer de pele, que inclui vários tipos diferentes. Outra descoberta foi sobre a forma de tratar um câncer que tem bom prognóstico, mesmo com alta chance de recidiva (cerca de 10% em cinco anos). Foi realizada a curetagem da lesão em procedimento ambulatorial com anestesia. Neste caso, não foi possível acompanhar o procedimento, já que este foi realizado na clínica de um hospital do Rio de Janeiro.

A dermatologia é vista como algo muito específico dentro do contexto médico e é uma área que não temos tanto contato prático dentro da faculdade de medicina. Portanto, este episódio foi enriquecedor porque proporcionou acompanhar a evolução rápida e melhora clínica da paciente após diagnóstico e tratamento.

É fundamental destacar a importância do trabalho em equipe da unidade e a atenção dada por cada médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social aos pacientes de cada área da região. Todos esses fatores auxiliavam no melhor prognóstico para os pacientes.

A PRÁTICA DA PSIQUIATRIA INFLUENCIANDO EM UM OLHAR HOLÍSTICO DO PACIENTE

Rodrigo Ferreira Gusmão

O texto a seguir trata do meu olhar sobre a experiência de viver a inserção no cenário de psiquiatria no primeiro semestre de 2018 no município do Carmo, RJ, durante o período de seis semanas, o que possibilitou uma visão mais atenciosa desse contexto.

Senti, logo no início, que seria uma ótima oportunidade para exercer melhor a medicina, além de aprender muito sobre a área da psiquiatria, que tínhamos uma defasagem muito grande até então na faculdade.

A organização, a estrutura e a abrangência da psiquiatria na cidade me chamaram a atenção, principalmente por ser um município relativamente pequeno. Com Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), ambulatório, residências terapêuticas e Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), podemos observar que a atenção a este tipo de paciente vai além da própria psiquiatria.

Após a reforma psiquiátrica, percebemos que a desinstitucionalização dos pacientes internados foi uma prática adotada no estado do Rio de Janeiro, e no Carmo não foi diferente. A reinserção dos pacientes psiquiátricos à vida cotidiana e social

mudou a rotina de muitos pacientes que viviam praticamente trancafiados por não possuírem uma assistência adequada.

A designação de tarefas foi essencial para uma organização do serviço e para o que seria proposto durante o período de inserção nesse cenário. Isso possibilitou, além de clareza, uma autonomia que possibilitava o encontro com pacientes, mesmo fora do horário de prática, permitindo uma excelente relação médico-paciente.

Aprendi a olhar o paciente não só como portador de uma doença, mas sim como um ser humano que tem necessidades afetivas, e compreendi que, na psiquiatria, há uma possibilidade de tratar o paciente não só com medicamentos.

O que mais me marcou neste período foi quando fiz uma visita domiciliar a uma paciente cuja família tinha o intuito de encaminhá-la para um asilo, tanto pela dificuldade de convívio quanto pelo trabalho e atenção que se deve ter neste tipo de situação. A necessidade de uma intervenção naquele momento era clara. As irregularidades das medicações e a falta de cuidado da família contribuía para piorar o quadro da paciente.

As visitas subsequentes revelaram diversos problemas. Dentre eles, a paciente não tinha um atendimento integral do sistema de saúde, visto que nunca tinha tomado sequer uma vacina. Por ser uma pessoa idosa, sofria riscos de acidentes como também de adquirir doenças diversas e isso me fez pensar na necessidade de uma visão mais abrangente do quadro.

Aprendi que todos os profissionais merecem respeito por suas atividades, tanto que se faz necessário uma equipe multidisciplinar para abordar tais casos. Cada profissional cumpre um papel essencial para a melhora de cada paciente, além de tornar a atividade mais dinâmica. Dessa maneira, tenho certeza do quão foi importante e enriquecedora para minha carreira e para minha vida a prática nesse cenário. Aprendi, também, que a visão do paciente como um todo deve ser sempre mantida, o que promove menos erros e uma excelente relação médico-paciente.

EXPERIÊNCIAS DA LOUCURA: A PLURALIDADE DO PARADIGMA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Thainá Zanon Cruz

O relato a seguir corresponde a uma experiência vivenciada durante o nono período da Faculdade de Medicina de Teresópolis (Unifeso), momento em que tivemos a oportunidade de inserção no cenário de prática de saúde mental no município do Carmo, na região serrana do Rio de Janeiro.

De forma a elucidar a conjuntura que nos foi apresentada antes mesmo da nossa chegada à cidade, cabe a mim sinalizar que Carmo perdurou como destino para internação de pessoas em sofrimento mental a partir da década de 40, quando houve a fundação do Hospital Estadual Teixeira Brandão, instituição no modelo de colônia agrícola, que submetia seus internos a uma realidade desumana dentro de um espaço supostamente terapêutico, na hipotética intenção de amenizar a existência daqueles considerados loucos.

A partir de 2003, iniciou-se o processo de fechamento do hospital, a partir de um prisma que sobreveio em âmbito nacional, num contexto de transformação do tratamento psiquiátrico na intenção de revolucionar as concepções de cuidado no processo saúde-doença. Alguns internos retornaram aos seus familiares, enquanto outros (a maioria) foram alojados em residências terapêuticas, com o desafio de estabelecer novas relações sociais,

algo especialmente complexo para pacientes que viveram anos enclausurados numa instituição psiquiátrica.

Em 2018, a rede de atuação incluía diversos fluxos assistenciais interativos entre si, tais como o hospital da cidade, o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atendimento Infanto-juvenil (SAIJ) e o ambulatório de psiquiatria. Estive inserida em todos os setores mencionados acima durante quatro semanas, em que vivenciei de perto a experiência da reforma psiquiátrica do Brasil e o convívio com pacientes portadores de diferentes transtornos psiquiátricos.

A meu ver, minha melhor experiência foi o contato próximo com um paciente diagnosticado com esquizofrenia paranoide, que apesar das ideias delirantes e do discurso, na grande maioria das vezes, incompatível com a realidade, cuidava da própria casa e de quatro filhas, exercendo atividades diárias de forma responsável e rotineira. Meu primeiro contato com ele foi no CAPS, quando o paciente passou por lá para pegar suas medicações da semana. Quando o abordei, ele se mostrou muito receptivo e disposto a conversar. Logo na primeira oportunidade, apresentou delírios de grandeza, relatando ser dono de muitas propriedades, ter criado as cidades do Carmo e do Rio de Janeiro, além de tentar relacionar, de maneira confusa, esses delírios com a realidade em que vive, na medida em que dizia possuir uma quantia de 4 milhões no banco, mas não ter acesso a ela, o que justificava sua moradia humilde e aparente falta de condição financeira. O mesmo contava ser o

Neymar em algumas ocasiões e dizia que seus amigos jogadores também não entendiam o porquê da moradia humilde se ele ganhava tanto dinheiro. Seus delírios demonstravam um grau de conhecimento e instrução, visto que se referia a instituições como o Departamento de Polícia Ostensiva (DPO), que ele também teria criado, além de outros relatos que, apesar da grandeza subjacente, eram contextualizados com a política atual. Ele reconhecia sua internação no hospital e acompanhamento no CAPS, entretanto, não possuía conhecimento da doença atual, acreditando realizar apenas um tratamento para cefaleia.

Esse paciente, com uma clínica riquíssima e intrigante, despertou em mim uma vontade de conhecimento e aproximação com a psiquiatria. Pude acompanhá-lo em consultas ambulatoriais, visitas domiciliares e no dia-a-dia no CAPS, vivenciando troca de medicação e aparecimento de efeitos colaterais da nova droga que foi introduzida pelo psiquiatra. Enquanto o acompanhava, tive uma oportunidade única de conhecer, na prática, a doença, suas medicações e seus efeitos. Algo enriquecedor, mas não isento de problemas, visto que este mesmo paciente, apesar de toda a rotina normal que levava, se incomodava com o pensamento de outras pessoas que o julgavam como louco, enfatizando que não queria que eu pensasse da mesma forma. O vínculo criado deu-lhe liberdade para me contar suas inseguranças, que muitas vezes estavam inseridas em delírios, cabendo a mim identificar e diferenciar o que era real. Acredito que, na ausência de estudantes de medicina inseridos nesse cenário, poucos pacientes teriam esse apoio e acompanhamento de perto, que julgo essencial para a melhor inserção dos pacientes na sociedade como no modelo proposto pela reforma psiquiátrica.

Durante o mês que passei lá, vivenciei problemas enfrentados quanto à disponibilidade de boas moradias para acolher todos os pacientes das residências terapêuticas, assim como de encontrar cuidadores para pacientes mais graves. Ademais, observei dificuldade de aproximação de muitos moradores dessas residências ao ambiente do CAPS e até mesmo de uma atenção continuada para alguns que demonstravam necessidade da mesma.

A proposta de desinstitucionalização funcionava de maneira efetiva na cidade do Carmo, com envolvimento do prefeito da cidade, que inclusive nos recebeu para apresentação inicial da política local. Todavia, essa política deve estar em comunhão com as práticas de saúde, com o objetivo de se evitar novas formas de aprisionamento da loucura, inclusive "a céu aberto", que poderiam passar despercebidas.

Deve-se considerar que a desinstitucionalização é um processo em andamento e que o bom funcionamento do modelo se destaca frente aos problemas. Também deve-se ressaltar a importância de se romper com o modelo de atendimento tecnocrata para um melhor acolhimento dos pacientes no atual contexto da psiquiatria do Carmo. Também coloco em evidência a relevância do protagonismo estudantil nesse ambiente e sua influência no estabelecimento da praxe de buscar melhoria na atenção desses pacientes e auxílio no funcionamento do modelo vigente para dar azo à otimização do cuidado e da qualidade de vida dos mesmos.

Nesse sentido, este relato de experiência visa também tornar o tema da psiquiatria e o novo modelo dos serviços de saúde mental cada vez mais conhecido e discutido nos diversos âmbitos da saúde.

O USO INADEQUADO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESÓPOLIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Stéphane Vieira de Paiva

O presente texto tem por objetivo relatar minha experiência vivida durante o nono período do curso de graduação em medicina do Unifeso em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município de Teresópolis, RJ.

Aproximadamente 50 milhões de pessoas consomem diariamente algum medicamento pertencente à classe dos benzodiazepínicos (BDZ), tendo um maior destaque as mulheres e os idosos. Sabe-se que essa classe de drogas está muito associada à dependência e por isso sua prescrição deve ter indicações precisas.

De acordo com o Segundo Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, um estudo que envolveu 108 cidades do país, os BDZ são a terceira classe mais usada pela população (5,6% dos entrevistados já relataram ter feito uso uma vez na vida). O uso desse medicamento por tempo maior que quatro meses, mesmo que em doses terapêuticas, não apresenta benefícios, segundo a Associação Psiquiátrica Americana (APA). Dado também corroborado pela Sociedade Brasileira de

Psiquiatria, que afirma que 50% dos usuários de BDZ por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência.

Essa situação não é diferente em Teresópolis. Durante as onze semanas do estágio, pude acompanhar os atendimentos médicos na unidade, além de participar das demais atividades oferecidas. Nesse período, algo que me chamou muito a atenção foi o uso inadequado de benzodiazepínicos (BDZ) pelos pacientes.

A grande maioria dos usuários fazia uso crônico dessas medicações e não possuíam nem mesmo um diagnóstico definido no prontuário, sendo a queixa principal uma “ansiedade” ou “insônia” relatada pelo paciente. Percebi muitos casos assim... Anos comparecendo à unidade para renovar receita, e o médico, muitas vezes, acaba renovando sem fazer uma revisão da condição do paciente, ou mesmo da correta indicação da droga.

Em uma consulta que eu estava atendendo, sob a supervisão do preceptor, o paciente já chegou com uma caixa de Bromazepam de 6mg, relatando que o vizinho o havia dado. Em sua ficha, constava que o mesmo fazia uso de Bromazepam de 3mg. O paciente fazia uso da droga por conta de insônia e, por conselho do vizinho, aumentou a dose por conta própria. O mesmo estava um pouco alterado e não aceitou a sugestão de voltar para a dosagem menor. Após autorização do preceptor, acabei fazendo a receita da forma que o paciente queria. Na tentativa de aliviar a queixa do paciente, acabamos iniciando um vício, muito difícil depois de curar.

Outras tantas vezes o paciente nem comparecia à unidade, deixando apenas a receita para ser renovada com a Agente Comunitária de Saúde (ACS). Assim, devido à grande demanda, falta de recursos humanos e falta de tempo, essas prescrições não eram revisadas, nem os pacientes possuíam um acompanhamento específico a respeito da dependência e efeitos colaterais.

Durante esse período do internato, houve a saída de um dos médicos da equipe, deixando o outro sobrecarregado, explicando a falta de recursos humanos. Também não houve contratação imediata de outro médico, deixando clara essa deficiência do sistema.

Como já foi dito, os BDZ não são bons medicamentos para uso crônico, sendo necessária uma revisão rotineira das prescrições, o que não ocorria. A culpa não poderia ser inteiramente do médico. Enfermeiros e ACS deveriam ser capacitadas para abordar tal tema com seus pacientes, aproveitando os grupos, como o “Hiperdia”, para falar a respeito de indicações, efeitos colaterais, malefícios do uso crônico e alternativas à essas drogas.

Como pude perceber, as maiores queixas eram “ansiedade” e “insônia”. Assim, propostas diferentes deveriam ser feitas, como uso de fitoterápicos, prática de atividade física regular, uso de indutores do sono, ou outras drogas com menos efeitos adversos.

Outra deficiência que percebi foi a falta de acompanhamento especializado. Não por falta de encaminhamento ao psiquiatra ou psicólogo, e sim, pela demora

em conseguir uma vaga pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Uma consulta com o psiquiatra no ambulatório do SUS em Teresópolis chegava a demorar seis meses, e não percebi ação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na unidade. Este programa seria um ótimo instrumento para avaliação psicológica dos pacientes que necessitavam do atendimento. Infelizmente, não acontecia.

Concordo que a situação é complicada e que, muitas vezes, haverá resistência dos pacientes às novas propostas. Mas não podemos continuar prescrevendo BDZ indiscriminadamente, sem uma correta indicação, pois uma posterior retirada não será fácil. É importante que o paciente esteja ciente desde o início dos malefícios, efeitos adversos e da tendência ao vício ao se prescrever um BDZ. Para que essa prática seja mais comum, é importante uma educação continuada para todos os profissionais envolvidos diretamente com os pacientes. Outra proposta seria anexar um bilhete junto aos prontuários dos usuários de BDZ, para que, na próxima consulta, lembrasse de revisar o plano terapêutico. Além disso, formar um grupo com reuniões quinzenais, por exemplo, e com a presença de um psicólogo para esclarecer dúvidas, discutir temas como ansiedade, depressão, insônia, importância da atividade física e outras terapias não-medicamentosas.

Não tem como mudar a visão do paciente sem antes mudar a visão dos cuidadores. Espero que este relato ajude os profissionais a repensarem a prática, visando sempre o melhor para o paciente.

ONDE HÁ VIDA, HÁ ESPERANÇA - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Yuri Alexandre Kostiuk

O presente relato baseia-se em uma experiência vivida por mim durante o módulo de saúde mental na cidade de Carmo – RJ, durante o 9º período do curso de medicina. Carmo é um município pequeno, tanto em população quanto em área urbana, mas muito grande quando falamos em saúde mental, sendo uma referência nacional no modelo de tratamento. Lá, observamos a presença das residências terapêuticas – lar de pacientes psiquiátricos que mantém uma rotina “comum” sob supervisão de cuidadores – que trabalham em conjunto com a equipe do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), ambulatório de psiquiatria e leitos psiquiátricos no hospital da cidade. Assim, os pacientes possuem uma assistência multiprofissional, que pode suprir praticamente quaisquer demandas. Nossa inserção no cenário era para ajudar a identificar as fragilidades e necessidades desta complexa rede, ficando responsáveis por dois pacientes, um da comunidade e outro de uma residência terapêutica, além da grade de atividades da semana.

No primeiro dia, conhecemos toda a rede de atenção à saúde mental, visitando os estabelecimentos e conversando com as equipes. No hospital, me chamou a atenção um paciente que estava em isolamento, acamado e contido no leito devido a seu

estado debilitado. Fora da enfermaria havia uma mulher, com face de preocupação, perguntando pelo interno que iria acompanhar seu filho. Mais tarde eu fiquei sabendo que seria eu o interno que iria acompanhá-lo. Entrei em contato para saber mais do caso, busquei seus prontuários e pareceres das equipes e percebi que se tratava de um paciente crítico, que estava precisando de um acompanhamento mais próximo, mas que, no momento, estava sem assistência das equipes.

Chegou o dia do primeiro contato com o paciente. Ele estava no ambulatório de pneumologia, acompanhando a evolução de uma infecção pulmonar. Era um paciente jovem, 33 anos, masculino, que estava em acompanhamento psiquiátrico desde o início daquele ano, devido à desorientação, alucinações visuais e auditivas. Recebeu o diagnóstico de HIV em concomitância com candidíase esofagiana, pneumonite pelo *Pneumocystis jiroveci*, além de um estado caquético, com acentuada perda de peso e sinais físicos de desnutrição. Conversei com o paciente com um pouco de dificuldade devido a seu estado mental, sendo a história coletada somente com sua mãe. Depois de alguns bons minutos de conversa, percebi a gravidade do caso, a delicadeza da situação e a necessidade de ter alguém que pudesse interceder por ele.

O paciente tinha um histórico conturbado, com uso de drogas, comportamento sexual promíscuo e violência doméstica, além de uma relação ruim com os familiares. Passou boa parte da

adolescência e juventude fora de casa, sem os familiares saberem onde ele estava. Nos últimos meses que antecederam a internação com o diagnóstico, retornou à cidade e voltou a morar com sua mãe.

Pois bem, eu me vi em uma situação delicada e complexa, pois havia muitas questões além da psiquiátrica naquele paciente: havia uma questão social, uma questão familiar e um certo descaso com o sistema. Por ser um paciente que aparentemente tinha um quadro de psicose orgânica, boa parte da equipe o deixou somente em acompanhamento ambulatorial, sem integrá-lo à rede de saúde mental da cidade.

Muito provavelmente, o paciente estava com um quadro de psicose orgânica secundária a um quadro demencial causado pelo HIV, além do estado consumptivo decorrente deste vírus, caracterizando, neste estágio, a síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS.

Assim, eu parei para refletir, com uma mistura de sentimentos e indagações, sobre qual era minha função ali, se meu papel era de fato relevante e se minha presença iria mudar aquela situação. Então eu lembrei das primeiras aulas sobre saúde coletiva na faculdade, nas quais eram explanadas a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios doutrinários e a importância de sua execução. Naquela situação, eu poderia aplicar os três princípios e fazer com que eles mudassem a vida de uma pessoa. Comecei a articular com as equipes de saúde mental do Carmo um plano para que pudéssemos melhorar a situação do paciente. Foi um passo difícil convencer pessoas que estavam, de certa forma,

saturadas com um volume grande de pacientes. Eram profissionais da saúde que, por melhor que fosse a sua formação, não tinham noção da importância do atendimento multiprofissional. Por fim, consegui entrar em contato com uma assistente social que, após conhecer a família e meu paciente, estava disposta a batalhar por ele.

Devido a seu estado consumptivo, infecções oportunistas e quadro psiquiátrico associado, ficou clara a necessidade de uma intervenção mais incisiva, que proporcionasse uma melhora rápida, permitindo uma chance real de sobrevivência desse paciente. Não havia um ambiente saudável em sua casa. Sua mãe estava saturada, em tratamento para depressão e o comportamento do meu paciente oscilava com períodos de confusão mental, agressão, desorientação e certa impulsividade. Ele não conseguia se alimentar, recusava as medicações e sempre estava tentando fugir de casa. Então, acordamos com a família que a internação em caráter compulsório para fins de estabilização clínica e acompanhamento pela psiquiatria seria a melhor solução.

A internação foi a etapa mais difícil do processo. A dificuldade estava nos profissionais das outras áreas da saúde, que não conseguiam enxergar a complexidade do caso, a integralidade do paciente e a dependência da sua sobrevivência àquela condição. A muito custo, conseguimos internar o paciente, que começou a fazer as medicações novamente, teve sua alimentação otimizada, e recebeu alta. A alta foi dada no dia seguinte, sem consulta à equipe de saúde mental, em um paciente

psiquiátrico e muito debilitado, apenas com critérios clínicos pelo médico responsável por não compreender que o paciente psiquiátrico muitas vezes não tem consciência da própria condição. O paciente voltou para casa, fugiu por alguns dias, fez uso de drogas, não deu seguimento ao tratamento e não teve mais notícias suas.

Essa situação que vivenciei foi responsável por um crescimento enorme, tanto do lado profissional quanto do meu lado humano. Enxergar o outro não só como um alguém, mas sim como uma pessoa, um ser humano que tem necessidades, cercado de pessoas que mantêm afeto e amor por ela, que lutam pelo seu bem-estar, mesmo não tendo consciência da sua atual situação.

Comecei a perceber o real valor do lado humano das equipes médicas, seu impacto no seguimento dos pacientes bem como a aplicação dos princípios doutrinários do SUS, a universalidade, a integralidade e a equidade. Universalidade quando conseguimos voltar a atenção da equipe de saúde mental para o paciente, fazendo-os compreender a delicadeza de sua situação e que devemos sim investir tudo para fazer o bem. Integralidade quando olhamos para o paciente como um todo, para todas as condições físicas e mentais, familiares e sociais, para então montar um plano de ação. E, por fim, equidade quando fizemos tudo o que estava ao nosso alcance para que o paciente receba o melhor dentro do possível.

CAPÍTULO V

RELATOS DO

QUE APRENDI

RELATO DE EXPERIÊNCIA – FALANDO DO QUE VIVI E APRENDI NA MINHA ATUAÇÃO COMO INTERNA DO UNIFESO NA SAÚDE MENTAL (MUNICÍPIOS DE CARMO E RIO DE JANEIRO)

Aline Levy Sitnoveter

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina incluíram a área de Saúde Mental no estágio obrigatório em formato de internato. A partir da proposta geral, os alunos do Unifeso visitaram a ala psiquiátrica da penitenciária de Bangu e foram vinculados à cidade do Carmo, RJ, onde se deu a maior parte do internato em Saúde Mental do curso de graduação em medicina.

Na primeira semana, a atividade que se destacou, a meu ver, foi a visita à penitenciária de Bangu. Fui, junto com os demais colegas do meu grupo, pela manhã, para o complexo penitenciário. Na chegada, guardamos celulares e entramos somente com nossos documentos de identidade. Atendemos aos pacientes presidiários um a um em conjunto com o professor do Unifeso. Foi o primeiro contato com pacientes de saúde mental no período. Analisamos, em conjunto, os aspectos da aparência, atitude, orientação, memória, pensamento, dentre outras características da anamnese e exame psíquico. Foi possível perceber a grande variedade de manifestações clínicas apresentadas por diferentes pacientes com diagnóstico em comum.

Na segunda semana, o estágio na cidade do Carmo foi iniciado. Além da apresentação da cidade, sua história e íntima relação com a saúde mental, conhecemos diversas dependências, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital da cidade, centro de convivências, e escolhemos os "usuários guia", pacientes que deveríamos acompanhar individualmente, intervir e apresentar um projeto de intervenção ao fim do estágio. O paciente que escolhi como "usuário guia" foi um homem de 32 anos, com diagnóstico de esquizofrenia de difícil controle pela não adesão ao tratamento.

Antes de conhecer o paciente, conversei com os profissionais do CAPS que já o conheciam e com sua mãe, brevemente. No dia seguinte, combinei de encontrá-lo na unidade de saúde perto de sua casa. Durante a conversa, me atentei aos componentes do discurso e apresentação do paciente para que pudesse entender sua situação médica e colher dados para meu trabalho. Entretanto, não pude deixar de notar os aspectos subjetivos de seu comportamento que revelavam insatisfação, tristeza, preocupação e desconfiança.

Para mim, ficou claro que, apesar do paciente não aceitar o fato de ser portador de doença mental, ele percebia algo de estranho em si, atribuído a maldições e feitiços, e estava insatisfeito com sua condição. Entendi que ele não acreditava que os medicamentos a ele prescritos eram eficazes e, por isso, não estava disposto a tomá-los.

Além disso, o paciente acreditava que a interação dos medicamentos com as drogas que fazia uso, maconha e cocaína, não o fariam bem. Ambas as crenças se mostraram imutáveis ao longo do estágio, uma vez que não só eu, como os estudantes que o acompanharam antes de mim e os próprios profissionais do CAPS constataram. Todos haviam tentado mostrar a ele e convencê-lo da eficácia dos medicamentos e da ausência de riscos adicionais ao uso de drogas concomitantemente, já que ele não estava disposto a interromper.

Após o encontro com o paciente, revi todo seu prontuário em todas as unidades de saúde da cidade - CAPS, Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e hospital local. Entendi que para conhecer sua história, situação e planejar a melhor intervenção possível, deveria conversar com sua mãe. Na conversa, pude perceber sua preocupação com o filho, colhi os dados que precisava para o trabalho e percebi, também, que apesar de envolvida com a situação de seu filho, ela queria a melhora clínica para ele, mas não estava disposta a intervir.

Entendi que a proposta ideal para este caso seria, inicialmente, a internação obrigatória no hospital da cidade, com seguimento no CAPS. O paciente deveria utilizar a medicação obrigatoriamente, mesmo que para isso uma nova internação fosse necessária. Procurei entender como isso poderia ser possível judicialmente e desenhei o plano por completo, passo a passo. O plano de atuação para esse paciente foi feito em conjunto com

psicólogos, psiquiatras e procuradores da cidade do Carmo, visando atender ao paciente da melhor forma possível.

Após o período que passei no Carmo, percebi que, para a maioria das situações, se houver dedicação e perseverança as possibilidades são múltiplas. Entretanto, também aprendi que nem tudo depende só de uma pessoa e que as estruturas sociopolíticas são muito mais complexas do que imaginara. Ao final do estágio, muitas pessoas se mostraram satisfeitas pelas ideias por mim apresentadas. Entretanto, o plano não foi colocado em prática, acredito que por motivos sociopolíticos.

Meu tempo na cidade havia acabado, mas me senti feliz e satisfeita pelo que aprendi, por ter feito o melhor que pude, por entender mais da importância de uma abordagem multidisciplinar e da influência política na saúde pública.

NÃO SE APEGUE AO PRIMEIRO PENSAMENTO...

Iago Danúcio Castro de Sousa

O presente relato discorre sobre algumas das minhas vivências e percepções durante o módulo do internato de saúde mental no nono período entre 27 de fevereiro e 29 de março de 2018. Neste intervalo de aproximadamente um mês, eu e mais dezessete colegas passávamos quatro dias por semana no município do Carmo, localizado na Região Serrana no Estado do Rio de Janeiro. Esta cidade possui destaque nacional no contexto da saúde mental, visto que tem uma rede de assistência psiquiátrica bem estruturada, que conta com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), equipe multiprofissional e com o programa de Residências Terapêuticas (RT), que representou, e ainda representa, um grande avanço no contexto da desinstitucionalização, uma vez que permite o convívio dos ex-internos com os demais habitantes do município, o que favorece a sua reinserção na sociedade após um longo tempo de internação, mais de 30 anos em alguns casos.

Durante esse módulo do internato, tive a oportunidade de acompanhar dois pacientes, além de conhecer histórias de outros em discussões com os preceptores e o grupo de colegas, também em atendimentos no ambulatório de psiquiatria, bem como nas RT. Foi possível, também, compreender a importância do trabalho em equipe, visto que, enquanto internos nesse cenário, eu e meus

colegas nos tornamos mais um componente da rede de assistência psiquiátrica do município do Carmo. Sem dúvida, todas essas experiências foram importantes para a minha formação, mas darei destaque àquelas que vivi com um dos pacientes que acompanhei.

O paciente em questão é de uma RT, e como os demais moradores, apresentava uma condição psiquiátrica e passou um longo tempo institucionalizado. O que mais me desafiou, nesse caso, foi que ele não se comunicava muito bem e o meu trabalho com ele era essencialmente o de acompanhá-lo durante o módulo do internato e, se possível, fazer alguma intervenção, além de montar um relatório de todo esse processo. A dificuldade do paciente em se comunicar se caracterizava por uma fala ora incompreensível ora sussurrada.

Diante desse cenário, o meu primeiro pensamento foi “não vai dar certo, na verdade, vai ser impossível” e a justificativa era simples: a anamnese, que seria a principal ferramenta do médico, estava bastante comprometida. Como eu saberia de suas queixas, de sua história pessoal, de seus antecedentes familiares, do uso de medicações e de tantos outros dados importantíssimos para avaliar a necessidade de modificar seu plano de tratamento ou a possibilidade de mantê-lo? E ainda que eu conseguisse obter essas informações do paciente, dada sua condição mental, como saberia se eram confiáveis?

Todos esses questionamentos vieram em minha mente em uma fração de segundo e me fizeram sentir incapacitado de fazer o que era a minha atribuição naquele módulo. Entretanto, me

lembrei de um conselho que ouvi de um médico com cerca de 80 anos de idade: “precisamos agir com calma e ter uma postura humanizada, porém, ao mesmo tempo, não podemos deixar de ser objetivos durante a nossa prática”, e assim busquei me acalmar e organizar meus pensamentos. Com isso, veio a minha mente a imagem de sua cuidadora que, seja na RT ou nas consultas que tive a oportunidade de acompanhar, agia como interlocutora do paciente. Não era o cenário ideal, mas deveríamos trabalhar com o que tínhamos.

Assim, eu ia perguntando e ela respondia a partir do que compreendia da fala dele. Não foi possível saber muito sobre seu passado, visto que ele não se recordava de muitas coisas. Informações complementares mais recentes foram dadas pela cuidadora com uma clareza e detalhamento surpreendentes, visto que se tratava de uma pessoa leiga. Tal relato demonstrava que o paciente estava com um comportamento mais agressivo e sexualizado, tanto na RT quanto nos outros locais que costumava frequentar. No mesmo momento em que a ouvia, notei como era intensa a tristeza dela, porque, até então, o paciente vinha apresentando importantes avanços no convívio em sociedade. Não pude deixar de sentir empatia por ela, pois, naquele momento, percebi que mesmo que ela tivesse entrado recentemente na vida dele, havia se formado um forte vínculo, o qual supus que ele não tivesse nem mesmo com seus familiares. Pouco tempo depois, soube que o paciente foi internado para promover um melhor

controle de sua medicação e assim possibilitar uma redução na sua agressividade e um melhor convívio social.

Não foi possível realizar intervenções para esse paciente, o que me deixou bastante frustrado, mas escolhi esse caso pois obtive muitos aprendizados. Os mais simples foram aqueles decorrentes do meu estudo para poder entender a patologia em questão e as modalidades de tratamento farmacológico e não farmacológico que poderiam ser benéficos no seu caso. No entanto, destaco os conhecimentos que considero mais complexos e que sempre buscarei aplicar no restante do meu internato, assim como no meu futuro como profissional: ainda que o desafio pareça grande, devemos sempre adotar uma postura realista, receptiva e objetiva diante dele. Tal comportamento não significa se distanciar do paciente e tratá-lo como um objeto, sem criar vínculos, mas sim agir de modo racional para impedir que aquele primeiro pensamento de que “vai ser impossível” nos impeça de agir, pois jamais saberemos se as iniciativas que deixamos de tomar diante do medo de um desafio que, precipitadamente, julgamos além de nossas capacidades, dariam certo ou não.

A INFLUÊNCIA DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NA FORMAÇÃO DOS NOVOS MÉDICOS

Palloma Marquet Escamilha

O texto a seguir trata de um relato sobre minhas experiências durante o internato em saúde mental no município do Carmo, RJ, no primeiro semestre de 2018. O estágio compreendeu o período de aproximadamente um mês e teve como objetivo sanar uma das fragilidades que ocorre durante a graduação em medicina, relacionada à prática clínica em psiquiatria.

Inicialmente, não fui muito receptiva com tal cenário, tendo em vista que era em outra cidade e que eu não tinha nenhuma experiência com pacientes psiquiátricos, o que, a princípio, causou um certo receio e preocupação. Porém, já na primeira semana, a organização da assistência psiquiátrica, com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatório e residências terapêuticas (RT), chamou minha atenção, uma vez que não conhecia tal rede. A surpresa maior foi perceber que funcionava efetivamente com equipes multidisciplinares. Naquele momento, percebi que a inserção dos internos naquele estágio não seria em vão e que poderia ser algo bastante construtivo para minha formação e dos demais colegas.

Com o passar do tempo, fui designada a cuidar e intervir em problemas sociais, pessoais e de cunho médico de dois pacientes, além das outras atividades acadêmicas que havia todos

os dias. Visitei tais pacientes psiquiátricos diversas vezes em suas residências. Isso foi um dos pontos cruciais para eu ter escolhido esse cenário como base de meu relato. A experiência de conviver diariamente com essas pessoas e poder ver de perto a realidade enfrentada por cada um foi enriquecedor do ponto de vista profissional e pessoal.

Percebi como a relação médico-paciente é crucial para o sucesso de um tratamento, principalmente na área psiquiátrica, e que a medicina não se baseia apenas no diagnóstico e terapêutica de patologias. Aprendi a olhar o paciente psiquiátrico como um todo, não apenas a doença. Em cada visita, eu percebia o quanto a assistência psiquiátrica do passado deixou marcas psicológicas nesses pacientes, mesmo depois de tantos anos. Nos pequenos detalhes do dia a dia e nas conversas com meus pacientes, percebi o quanto podia fazer diferença na vida deles e que um pouco do meu tempo significava muito para eles.

A maioria dos pacientes que cuidei ao longo do estágio não tinha contato com nenhum familiar, ficou internada por décadas e, muitas vezes, não sabia sua própria identidade. A atenção que recebiam por parte dos internos era extremamente significativa para eles, pois era nítido o quanto se sentiam acolhidos, e isso refletia no sucesso do tratamento.

Um dos pacientes que acompanhei durante minha inserção em tal cenário ficou institucionalizado durante 29 anos no Hospital Psiquiátrico da região e vivia sozinho em sua residência, levando uma vida normal, como qualquer pessoa de sua idade. Ao longo do

tempo, com as visitas domiciliares (VD) que fazia, percebi que o diagnóstico de tal paciente poderia estar equivocado e, conseqüentemente, as diversas medicações que fazia uso. Conversei com os médicos especialistas, verifiquei o que a literatura dizia a respeito e constatei que o paciente utilizava remédios que não eram necessários para sua patologia em questão e que, a longo prazo, poderiam causar mal a sua saúde física. Com isso, modifiquei, junto com os profissionais que também acompanhavam o paciente, seu diagnóstico e seu tratamento farmacológico, visando uma melhor qualidade de vida para esse indivíduo. A relação médico-paciente foi crucial para que eu colhesse dados suficientes para intervir dessa forma na vida do meu paciente, além do apoio e cordialidade que a equipe multidisciplinar do CAPS demonstrou ao trabalhar em tal caso comigo.

Foi a primeira vez, em anos de faculdade, que entendi a importância da boa relação entre médicos e outros profissionais de saúde e que o tratamento feito de forma multidisciplinar faz toda a diferença para os pacientes. O estágio foi enriquecedor do ponto de vista profissional e, sem dúvidas, é algo que todo estudante de medicina deveria passar durante a graduação. O cenário mudou a minha forma de ver o paciente psiquiátrico e de lidar com os mesmos e, com certeza, ficará marcado como algo positivo na minha carreira médica.

UMA NOVA PERSPECTIVA DA PSIQUIATRIA

Paula Filgueiras

A minha experiência aconteceu na cidade do Carmo, localizada no estado do Rio de Janeiro, onde fiquei hospedada em uma pousada por quatro semanas. Essa cidade tem um rico histórico psiquiátrico e sua estrutura conta com o antigo Hospital Teixeira Brandão, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o ambulatório e as residências terapêuticas, construídas com o intuito de promover a socialização dos pacientes psiquiátricos. Pude conhecer os quatro cenários, onde nos dividíamos durante a semana para compreender e tentar melhorar ainda mais a qualidade de vida dos pacientes.

Durante essa experiência, íamos para o CAPS em determinados dias da semana, onde participávamos do grupo “Bom dia”, em que sugeríamos um tema e os pacientes tiravam as dúvidas a respeito desse assunto. Foi muito bom para poder contribuir com eles e conhecê-los melhor. Além disso, após esse grupo, os pacientes participavam de uma oficina, em que podiam fazer trabalhos manuais como desenhos, costura, confecção de pulseiras, distraíndo-se e desenvolvendo suas habilidades.

No ambulatório, tivemos a oportunidade de atender os pacientes e focar mais na área médica, aprendendo sobre os medicamentos que eles faziam uso e seus respectivos diagnósticos. No primeiro dia, fomos conhecer o Hospital Teixeira

Brandão, que antigamente era um hospital psiquiátrico, onde os pacientes ficavam internados por anos. Lá, tivemos acesso aos prontuários antigos e vimos diversos trabalhos feitos pelos próprios pacientes. Foi uma experiência enriquecedora, em que pudemos voltar ao passado e adquirir conhecimento da história do local onde ficaríamos inseridos. Por fim, visitamos as residências terapêuticas, onde conhecemos os pacientes de forma mais detalhada e tivemos a oportunidade de tratá-los clinicamente.

Durante nossa experiência, cada aluno ficava responsável por dois pacientes guias. Minha paciente da comunidade era portadora do transtorno bipolar. Inicialmente, tive uma certa dificuldade para conseguir criar um vínculo com ela, devido a sua resistência em relação à intervenção feita por um aluno. A longo prazo, consegui criar um laço com ela e principalmente com sua família, que me procurava para pedir ajuda. No final desse período no Carmo, consegui realizar diversas ações que ajudaram na qualidade de vida da minha paciente. Foi gratificante saber que, mesmo em um curto período de tempo, pude contribuir de forma positiva para o futuro dela.

Meu outro paciente era da residência terapêutica. Ele era esquizofrênico e permaneceu boa parte de sua vida internado no hospital psiquiátrico. Possuía diversas histórias a respeito desse período, mas não se sentia muito à vontade para compartilhar. Suas cuidadoras eram muito zelosas em relação a ele e foi um alívio perceber o quanto ele era bem tratado na residência. Foi bom

perceber que, mesmo tendo vivido traumas em seu passado, agora vivia de forma satisfatória devido à estrutura existente no Carmo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos.

No final dessa experiência, senti um crescimento pessoal frente a essa realidade. Sempre tive um certo receio em relação à psiquiatria, mas passar esse período no Carmo definitivamente mudou a minha opinião. Aprendi a ter mais compaixão pelos pacientes e foi muito interessante ver o quanto a equipe composta pelos professores se empenhava no tratamento. Foi realmente uma experiência única, que eu acredito que todos os alunos deveriam ter. Foi extremamente gratificante ver o carinho dos pacientes pelo trabalho realizado pelos alunos. Ganhamos de presente de um dos pacientes desenhos com os nossos nomes e pulseiras feitas com muito carinho. Por fim, concluo que é fundamental que os pacientes psiquiátricos tenham a oportunidade de se inserir na sociedade da melhor forma possível, para evitar qualquer tipo de preconceito.

O QUE VIVI E APRENDI NA MINHA ATUAÇÃO COMO INTERNO DO UNIFESO NA SAÚDE MENTAL

Larissa Lopes Fernandes

Este relato de caso descreve uma experiência vivenciada na cidade do Carmo, RJ, durante o período de aproximadamente um mês, envolvendo o cenário da saúde mental da cidade, referência no país. A cidade do Carmo se localiza no interior do estado e se destaca por seu atendimento integrado ao paciente psiquiátrico, focando em sua “desinstitucionalização”. A maioria dos pacientes era advinda do antigo Hospital Teixeira Brandão, localizado na própria cidade e, atualmente, reside nas chamadas residências terapêuticas (RT) com outros pacientes e cuidadores, sendo estes responsáveis pela administração da casa e cuidados gerais com os moradores (desde alimentação, higiene e até mesmo administração de suas finanças). Além dos moradores das RT, a cidade também abrigava grande número de pacientes psiquiátricos que administravam suas próprias casas ou residiam com suas famílias.

A área da saúde mental na cidade me chamou atenção pelo fato de funcionar verdadeiramente como uma rede, em que o paciente é visto como um todo e não apenas como o “paciente psiquiátrico”. Durante minha estadia, pude visitar o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) da cidade, o ambulatório e as

próprias RT, onde acompanhei um paciente, chamado de usuário-guia o paciente, pelo qual somos “responsáveis” durante esse período, não só em relação a sua saúde mental, como também física e social.

O meu usuário-guia era um paciente do sexo masculino, de 61 anos, abandonado pela família devido ao comportamento agressivo que apresentava desde a infância em função da doença, diagnosticada como transtorno esquizoafetivo do tipo misto. Além da agressividade, ele também apresentava alterações de humor, megalomania e crises de agitação e irritabilidade. Inicialmente, foi difícil estabelecer um vínculo com o paciente, que sempre se mostrava relutante em me contar sobre o seu passado quando eu o indagava.

O mais interessante nessa vivência, sob o meu ponto de vista, foi exatamente ter a liberdade de visitar o paciente sempre que eu julgasse necessário, de maneira que não só consegui obter seus relatos, como também criamos um vínculo que me permitiu visitar sua casa antiga e conversar com seus antigos vizinhos. Essa experiência enriqueceu muito a minha vivência, obtendo mais relatos e mais detalhes, não só do meu paciente, como da rede de saúde mental da cidade. Além disso, passeamos pela cidade juntos e compramos tinta para pintar seu quarto, visto que havia reclamações da má higiene do paciente. Com o vínculo estabelecido, acabei conseguindo agendar consultas médicas e exames que há tempos ele não permitia serem realizados. Enfim, foi um atendimento integral e uma experiência maravilhosa, muito diferente de tudo o que eu já havia vivenciado durante os outros anos da faculdade.

Além de acompanhar esse paciente, pude participar de atividades no CAPS, como o “grupo bom dia”, em que os pacientes relatavam suas experiências, angústias e conquistas, esclareciam dúvidas e participavam de diversas atividades, como as oficinas de arte. No CAPS, me chamou atenção o carinho que os pacientes tinham com toda a equipe, o que facilitava muito a adesão aos tratamentos propostos. Inclusive nós, alunos, participamos, junto com os pacientes, da maioria das atividades e acabamos criando vínculos com alguns deles, que nos presenteavam com desenhos e pulseiras confeccionadas por eles mesmos nas oficinas. Foi muito gratificante poder ajudar, mesmo que um pouco, cada um deles e receber esse carinho.

O fato de ter tido contato com diversos pacientes foi importante, porque me fez perceber que nem sempre um paciente vai obedecer a todos os critérios diagnósticos para a sua doença e nem sempre responderá com eficácia ao tratamento proposto para o seu distúrbio. Além do mais, muitos não aceitam medicações, de forma que o vínculo médico-paciente se faz muito necessário.

A lição que fica dessa experiência é que realmente o paciente não pode ser definido por sua doença e, muitas vezes, tratar o que tem por trás do seu diagnóstico é muito mais importante do que simplesmente prescrever medicamentos que controlem seus sintomas. O vínculo que criei e o carinho que recebi dos pacientes me fizeram mudar meus conceitos em relação à psiquiatria. Além disso, o fato de ver a rede de saúde mental da cidade funcionando de maneira tão integral, me fez ter ainda mais certeza do que afirmei acima, de que o paciente precisa de atenção integral: física, psíquica e social.

Por fim, percebi que a inserção nesse cenário de prática me fez crescer muito como futura profissional da saúde, visto que ainda tinha muito receio e preconceito em lidar com o paciente psiquiátrico. O período me incentivou a aprofundar meus estudos sobre a anamnese na psiquiatria (e a súmula psiquiátrica), a farmacologia da área, a clínica das patologias mais prevalentes e a conduta (pelo menos inicial) das mesmas, reconhecendo que esses pacientes estarão presentes em todas as especialidades, independente se queremos seguir ou não a psiquiatria. O acolhimento que recebi dos profissionais em geral facilitou muito o período e, sem dúvidas, me estimulou a dar o meu melhor pelos pacientes que acompanhei. A psiquiatria deixou de ser algo pavoroso para mim.

PSIQUIATRIA EM QUESTÃO

Pedro Aguiar

No primeiro semestre do ano de 2018, tive a experiência de participar do internato de Saúde Mental em Carmo, interior do Estado do Rio de Janeiro. O UNIFESO nos cedeu estadia em uma pousada nessa cidade por um período de quatro semanas.

A cidade de Carmo é conhecida historicamente por possuir intensa relação com hospitais psiquiátricos, principalmente com o Hospital Teixeira Brandão, que foi inativado e substituído por um programa humanizado de “residências terapêuticas”. Hoje, o hospital funciona como um tipo de reabilitação para pacientes que necessitam de acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

Durante esse período, houve inserção de um grupo de 20 alunos, em média, no cotidiano dos pacientes de saúde mental, onde participávamos do grupo de apoio e orientação no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região, acompanhávamos consultas e treinávamos anamnese, o que representou um grande desafio para nossa prática clínica.

Em relação às residências terapêuticas, que já foram citadas acima, cada aluno ficava responsável por uma residência e pelos moradores ali presentes. Havia uma diversidade enorme de patologias psiquiátricas em apenas uma casa, como esquizofrenia, transtorno bipolar do humor, retardo mental, entre outras. Esse fato culminou em um aprendizado muito importante para todos os

alunos, inclusive para mim, que tinha pouco conhecimento prévio de tais condições clínicas e puder observar como essas doenças se comportam de forma diferente em cada pessoa.

Após o acompanhamento na residência terapêutica, o estudante tinha a função de formular uma proposta de intervenção que traria melhorias à vida do paciente acompanhado ou até mesmo de toda residência. Para isso, contávamos com a ajuda de toda equipe do CAPS e dos nossos preceptores e professores, que estavam sempre disponíveis para ajudar, caso ocorresse qualquer dúvida.

Outro cenário muito importante e de muita valia que pude acompanhar foi o ambulatório do Carmo. Lá, tivemos a oportunidade de atender pacientes, sempre com o auxílio do médico preceptor, que, além de nos orientar em cada anamnese, nos explicava os mecanismos fisiopatológicos da doença e de ação das medicações prescritas, assim como seus efeitos adversos.

No último dia dessas quatro semanas de aprendizado, foi realizado um seminário em que cada estudante pode expor sua experiência dentro do cenário. Nessa ocasião, foi apresentado um resumo do quadro do paciente escolhido, a súmula psiquiátrica e a proposta de intervenção. O mais gratificante foi que muitos alunos, além de criar uma proposta de intervenção, começaram a colocá-la em prática. Ao final dessa experiência, senti um crescimento pessoal frente a essa realidade. A meu ver, a psiquiatria nunca foi a especialidade mais interessante, mas me surpreendi diante da diversidade de pensamentos que pude compartilhar em Carmo. Foi muito gratificante ver a evolução clínica e psicológica de

cada paciente e, principalmente, estabelecer um vínculo tão importante com os ali presentes.

00 01 10 0000
11 0011 0000
100 0110 0000
111 0010 0000
100 0110 0000
111 0011 0000

