

Formação do residente médico em psiquiatria após vivência em grupos de entrada: relato de experiência

Medical resident training in psychiatry after experience in entry groups: experience report

Hélio da Conceição Gonçalves¹
Reinaldo Fernandes Pains Pamplona²
André de Mattos Salles³
Júlia Zenni de Carvalho Cavalheiro⁴

¹ Médico Psiquiatra Geral. Residente do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência SES/DF.

² Médico Psiquiatra Geral. Residente do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência SES/DF.

³ Supervisor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Universitário de Brasília HuB/UnB. Supervisor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência SES/DF.

⁴ Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica. Especialista em Psicopatologia e Linguagem. Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Autor correspondente:

Reinaldo Fernandes Pains Pamplona
E-mail: reipamplona@hotmail.com

RESUMO

Introdução: a formação de um médico vai além dos conhecimentos adquiridos durante o período acadêmico ou de suas experiências ambulatoriais. Entender e compreender as necessidades física, mental e social do paciente corrobora para um tratamento humanizado e melhora na qualidade de vida deste.

Objetivo: apresentar um relato de experiência vivenciada durante as participações em Grupos de Entrada de um Centro Médico Especializado em Psicopedagogia que podem contribuir para formação profissional dos médicos residentes em psiquiatria.

Método: trata-se de um estudo de natureza descritiva, qualitativa, do tipo relato de experiência. O relato se deu através de observações durante as participações em um grupo de entrada em um Centro Médico Especializado em Psicopedagogia.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental; Pediatria; Médico Residente; Psiquiatria; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: the training of a doctor goes beyond the knowledge acquired during the academic period or their outpatient experiences. Understanding and comprehending the patient's physical, mental and social needs contributes to a humanized treatment and improves their quality of life.

Objective: to present an account of the experience lived during participation in initial psychological support groups of a Medical Center Specialized in Psychopedagogogy that can contribute to the professional training of medical residents in psychiatry.

Method: this is a descriptive, qualitative study of the experience report type. The report was made through observations during the participa-

tions in initial psychological support groups in a Medical Center Specialized in Psychopedagogy.

Keywords: Mental Health Care; Pediatrics; Resident Doctor; Psychiatry; Health Education.

INTRODUÇÃO

As Residências Médicas são programas de educação em serviço com o intuito de fornecer atividades teórico-práticas e objetiva a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os cenários de prática educacionais da Residência Médica Integrada constituem as instituições de assistência à saúde e domicílios onde esta assistência é oferecida¹. A formação de um médico residente, principalmente de psiquiatria, deve ser baseada em uma relação direta entre o paciente e a prestação de um serviço de saúde humanizado, no qual possa englobar o tratamento da doença, o bem-estar físico, mental e social deste².

Contudo, dentro das instituições de saúde públicas há um cenário diferente do que o médico residente normalmente espera ao longo de sua formação acadêmica. A Educação Permanente em Saúde (EPS) no SUS contribui com uma aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos, possibilitando desta forma que a tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar do paciente seja tomada em equipe³.

A Portaria 198 de 2004 do Ministério da Saúde define a educação permanente como “*aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Deve-se ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde*”⁴. A EPS deve sempre considerar as equipes multiprofissionais que atuam no SUS, construindo a interdisciplinaridade. Voltada aos problemas cotidianos das práticas das equipes, a EPS deve se inserir no processo de trabalho, gerando compromissos entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários, construindo o desenvolvimento individual e institucional³.

O médico residente do Programas de Residência de Psiquiatria da Infância e Adolescência tem a oportunidade de desenvolver sua formação em centros de atenção psicossocial, realizando o atendimento com equipe multidisciplinar e interdisciplinar em assistência social, enfermagem, fonoaudiologia, neuropediatria e terapia ocupacional⁵.

Esse atendimento multidisciplinar e interdisciplinar é pautado pela Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal (DISAM) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Essa instituição propõe que nos serviços dos centros de apoio que o atendimento seja para crianças de até doze anos incompletos; que seja encaminhado o adolescente que estiver em atendimento inicial ou sem previsão de conclusão em centros de orientações médicas a um serviço de referência, pesquisa e capacitação para adolescentes e seus familiares; que haja mutirões para avaliação de lista de espera e demanda do serviço; e também que sejam criados grupos de entrada e terapêuticos para absorver a demanda do serviço e minimizar o tempo de espera da população⁶.

Os grupos de entradas são grupos formadas por crianças e seus responsáveis que estão na fila de espera de atendimento. Os grupos são realizados com até sete famílias por encontro. As crianças eram oriundas da área de referência do centro de orientação médica local, passando por uma triagem prévia. Esses grupos têm potencial de contribuir como cenário de ensino de saúde mental infantil, tendo em vista que as formações dos grupos possibilitam que os interesses em comum sejam tratados de forma coletiva, diminuindo as filas de espera, e possibilita a criação de vínculos através da empatia, corroborando assim para um suporte a longo prazo entre médicos, pacientes e seus familiares⁶.

Diante do exposto, o presente trabalho se propõe a apresentar um relato de experiência vivenciada durante as participações em Grupos de Entrada de um Centro Médico Especializado em Psicopedagogia que podem contribuir para formação profissional dos médicos residentes em psiquiatria.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, qualitativa, do tipo relato de experiência. O relato se deu através de observações durante as participações em um grupo de entrada em um Centro Médico Especializado em Psicopedagogia. Os grupos são formados por crianças menores de 12 anos e familiares que estão aguardando na fila espera, sendo incluídas no máximo sete famílias por grupo. As crianças eram oriundas da área de referência do centro de orientação médica local e já haviam passado por uma triagem prévia.

Participavam dos grupos os residentes dos Programas de Residência de Psiquiatria da

Infância e Adolescência, da Medicina da Família e Comunidade e da Multiprofissional, enfermeiros, psicólogos e psiquiatras. Eram realizados dois grupos de entrada, no período matutino, às sextas-feiras, com um total de três encontros mensais. Contudo, quando havia resolutividade dos casos, o grupo era finalizado antes dos três encontros.

No primeiro encontro era feita uma apresentação de cada membro, exposto como funciona e quais são os propósitos do grupo. Nesta etapa, os pais e/ou responsáveis pelas crianças ficam no mesmo ambiente juntamente com a equipe assistencial. Cada família expõe, de forma breve, a demanda que a trouxe ao grupo. Uma ficha de informações também era inicialmente preenchida, nesta etapa, onde continha informações sobre o endereço, escola frequentada pela criança, antecedentes patológicos pessoais e familiares, profissão e escolaridade dos pais.

No segundo encontro os pais/responsáveis são separados das crianças. Metade da equipe permanece com os pais e a outra fica com as crianças em ambientes diferenciados. Nesta etapa os pais possuem um espaço maior de escuta, momento este em que as queixas, angústias e demandas são melhor esclarecidas e exploradas. Já as crianças ficam sob supervisão de integrantes que desenvolvem atividades lúdicas, observam comportamento e integração entre elas. De forma breve, são também avaliadas habilidades como coordenação motora fina, grossa, cognição, linguagem verbal e não verbal.

No terceiro encontro a equipe se reúne e discute cada caso, sem a presença das famílias. Hipóteses diagnósticas são expostas. A conduta final para cada caso, depois de um consenso da equipe, é apresentada para as famílias.

Após a participação da criança e dos pais/responsáveis nos grupos, a conduta pode ser falta por exclusão e contra referência à atenção básica. Podem ainda serem encaminhados para grupos terapêuticos, atendimentos individuais (internos) aos centros de orientações ali próximos (psiquiatria, terapia ocupacional, neuropediátrica, nutrição, assistência social, psicologia) ou Centros de Assistência Psicossocial Infantil de acordo com a região de referência, podendo também ser encaminhada para um serviço de emergência.

Na atividade de Educação Permanente foi utilizado como referencial teórico-metodológico o Arco de Maguerez. Este método foi desenvolvido por Charles Maguerez e adaptado por Bordenave e Pereira (2007) e é constituído das seguintes eta-

pas: observação da realidade, identificação e compreensão de pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade⁷.

DISCUSSÃO

Muitos são os transtornos na infância e adolescência e devemos estar atentos às etapas evolutivas da criança e do adolescente. Dessa forma, não corremos o risco de transformar em patológico algo que é normal para aquela faixa etária, como, por exemplo, agressividade na adolescência ou enurese noturna e agitação numa criança de quatro anos⁸.

O acompanhamento em saúde mental da criança no primeiro ano de vida deve ser focado no seu desenvolvimento psicomotor e na sua relação em família, como evidenciado por Barros e Victora (2008)⁸. É preciso ter em mente que no manejo das situações-problema da infância e da adolescência, que o quanto mais precoce o diagnóstico, mais rapidamente será iniciado o tratamento e as orientações à família, o que facilita a resposta da criança ou adolescente e que a abordagem à situação da criança ou adolescente deve ser de uma forma ampliada e sistêmica: abertura para ouvir muitas pessoas (família, escola, instituições cuidadoras)^{9,10}.

O trabalho em grupo é uma possibilidade de entendimento de como a pessoa participante se relaciona com as diversas situações de sua vida: família, trabalho, comunidade e, principalmente, com sua própria saúde¹¹.

Durante o processo de realização dos encontros observou-se certa resistência de algumas famílias a participarem dos grupos, pois não tinham o conhecimento acerca do seu propósito. Entretanto, no decorrer dos encontros, a resistência foi quebrada, e essa postura deu lugar a uma construção coletiva prazerosa de grande relevância para todos. A percepção dos problemas pelos participantes dos encontros foi delineada, principalmente, pela presença de alterações de comportamento – como agitação e agressividade –, que ocorrem em casa, relacionadas às questões sociais e violência, e as manifestadas na escola, relacionadas à dificuldade de aprendizagem.

Para que a prática profissional seja mais efetiva, é necessário que haja interdisciplinaridade, ou seja, que a interação dos conhecimentos mostre a interdependência entre os saberes e as necessidades de articulação entre as áreas da saúde que atuam num mesmo ambiente de trabalho¹².

Um dos primeiros passos para se estabelecer o trabalho em equipe é o acordo sobre os objetivos em comum, o diálogo e a troca de informações, requisitos da dimensão 'comunicação' que facilitam a cooperação necessária para a intervenção interprofissional¹³.

As definições de trabalho multiprofissional se aproximam da noção de equipe agrupamento³. Isto porque, se caracteriza pela fragmentação da atenção e justaposição das ações de Saúde e de maior clareza entre as fronteiras de cada especificidade profissional. Além de aproximar as ações em que há ajuda entre os profissionais, sem construção conjunta de planos terapêuticos. O trabalho interprofissional, ao estabelecer conexões entre diferentes áreas, parece ser a única forma de se aproximar dos objetivos da Reforma Psiquiátrica¹⁴.

Um dos primeiros passos para se estabelecer o trabalho em equipe é o acordo sobre os objetivos em comum, o diálogo e a troca de informações, requisitos da dimensão 'comunicação' que facilitam a operação necessária para a intervenção interprofissional¹⁵.

Os residentes das diversas áreas tiveram a oportunidade de ter valorizado o conhecimento que já possuíam, o que possibilitou uma consciência indispensável sobre a transformação em potencial da realidade problemática no contexto social de cada criança. Observou-se uma postura ética adequada por parte da equipe que conduzia o grupo, bem como outras qualidades como organização dos encontros, pontualidade, oportunidade de escuta dos pais e crianças. A partir das situações problemas a equipe pode exercer uma atuação crítica, reflexiva buscando a Educação Permanente como um processo de trabalho coletivo objetivando um serviço qualificado e não apenas a preocupação de atender a uma demanda emergente.

Especificamente na Saúde Mental, a questão da formação ainda é um dos grandes desafios para a efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica¹⁶. Porém práticas como o grupo de entrada proporcionam um passo além do trabalho conjunto, na direção daquilo que é compartilhado, com maior horizontalidade, discussão e decisões conjuntas,

fortalecendo a educação permanente. As especializações em saúde mental na atual conjuntura representam progressos que favorecem a qualidade na assistência oferecida aos usuários do sistema de saúde mental dos municípios brasileiros e, consequentemente, a inclusão social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dos encontros dos grupos de entrada, foi possível vivenciar o processo de formação de educação permanente e capacitação de profissionais que atuam na saúde mental. Tal acontecimento possibilitou trocas de saberes, sedimentando a interdisciplinaridade necessária para o processo de trabalho em equipe.

Estar aberto para aprender com os casos é um desafio que se coloca para quem está envolvido com o trabalho em saúde mental, pois muitas vezes somos tomados por expectativas nossas em relação ao tratamento, com um saber prévio, que nos ensurdece para qualquer outra coisa que seja diferente dele.

Apesar dos muitos aspectos positivos, ainda existem desafios para a efetiva implantação do acolhimento em grupo, como a inclusão de mais profissionais, consequência do entendimento de que tal prática seja responsabilidade da equipe.

Percebeu-se que as experiências vivenciadas pelos residentes foram além de conhecimentos teórico-prático, perpassando pelo âmbito do compartilhar esses conhecimentos, de reconhecer fragilidades, de estabelecer um compromisso com a sociedade, de desenvolver potencialidades e de enfrentar suas limitações.

Identificou-se que o desenvolvimento dessa estratégia favorece uma postura crítica e proativa dos profissionais, vez que as mudanças sociais, políticas e econômicas têm exigido dos profissionais de saúde mental uma nova postura onde o conhecimento técnico-científico esteja aliado a um profissional crítico e cidadão.

REFERÊNCIAS

1. Brasília. Regulamento dos Programas de Residência Médica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (instituição executora) e da Escola Superior de Ciências da Saúde – PORTARIA nº 493, de 08 de julho 2020. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Diário Oficial do Distrito Federal. 2020; 184: 10-35. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b40534b36a54963b5536fc721e46288/Portaria_493_08_07_2020.html

2. Silva A, Ferreira J. O que é saúde? *Interface*. 2013; 17(4): 983-986. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0007>
3. Lemos M, Fontoura M. A integração da educação e trabalho na saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2009; 33(1): 1-6. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2009.v33.n1.a195>
4. Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria nº 198 de 2004. Ministério da Saúde. 2004; 198: 1-25. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>
5. Brasil. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde. 2004; 1(1): 1-86. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
6. Salles A, Cavalheiro J. Serviço Ambulatorial de Saúde Mental Infanto-Juvenil no Distrito Federal: contexto histórico, estruturação e desdobramentos. ESCS, 2021. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/download/389/version/192/204/1503>
7. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Hilda Sobrinho S, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc. Anna Nery*. 2012; 16(1): 172-177. DOI: doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023
8. Barros F, Victora C. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(3): 461-467. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001500012>
9. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B, *et al.* Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*. 2007; 369(9555): 60-70. DOI: [doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
10. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR *et al.* Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet*. 2017; 389(10064): 103-118 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)
11. Horwitz SM, Leaf PJ, Leventhal JM, Forsyth B, Speechley KN. Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. *Pediatrics*. 1992; 89(3): 480-485. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/89/3/480>
12. Brasil. Referencial curricular nacional para a educação infantil: estratégias e orientações para a educação de crianças com necessidades educacionais especiais. Ministério da Educação. 2000; 1-22. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/eduinf_esp_ref.pdf
13. Farias DN, Ribeiro KSQ, Anjos UU, GEG. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. *Trab. educ. saúde*. 2018; 16(1): 141-161. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>
14. Campos G, Domitti A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
15. Araújo M, Rocha P. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2007; 12(2): 455-464. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>
16. Bezerra-Junior B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*. 2007; 17(2): 243-250. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200002>