

Atuação multiprofissional do enfermeiro residente em saúde mental na Atenção Básica: relato de experiência

Multiprofessional work of the resident nurse in mental health in Primary Care: experience report

Alane Renali Ramos Toscano de Brito

Enfermeira Especialista em Saúde Mental na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, UFPB.

E-mail: alanerenali@hotmail.com

Lenilma Bento de Araújo Meneses

Enfermeira, Professora Doutora, Universidade Federal da Paraíba.

Valéria Leite Soares

Terapeuta Ocupacional, Professora Mestre, Universidade Federal da Paraíba.

Roberta Cláudia dos Santos Rocha

Enfermeira Mestre, Universidade Federal da Paraíba.

Jordane Reis de Meneses

Enfermeiro Especialista, Universidade Federal da Paraíba.

Andrea Fernanda Ramos de Paula

Bióloga, Professora Mestre, Escola Técnica de Saúde da UFPB.

O artigo foi construído a partir das vivências em uma Unidade de Saúde da Família enquanto Enfermeira Residente do Programa Multiprofissional em saúde mental (RESMEN), pertencente ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); espera-se que a publicação desse artigo possa contribuir para subsidiar discussões e estratégias de atuação interdisciplinar e multiprofissional em saúde mental divulgando as possibilidades de atuação na atenção básica que visem melhorar o acompanhamento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde.

Resumo

O artigo relata a experiência vivenciada na Atenção Básica, enquanto Enfermeira integrante da segunda turma de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEN) do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), destacando o trabalho em equipe multiprofissional. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo qualitativo, caracterizado como relato de experiência. A Unidade Básica de Saúde, enquanto dispositivo de cuidado que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, se mostrou um espaço favorecedor para a atuação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, entre as ações multiprofissionais desenvolvidas pela enfermeira residente destacam-se a realização de salas de espera, participação nas reuniões de equipe, construção de Projeto terapêutico Singular, acompanhamento domiciliar, interconsultas e a criação de um grupo de saúde mental para as mulheres. O trabalho multiprofissional realizado permitiu a interação entre os residentes, proporcionando um grande aprendizado ao fazer coletivo, aumentando o respeito e o conhecimento entre as profissões, permitiu desenvolver habilidades necessárias para promover a experiência da integralidade da atenção à saúde mental e o trabalho em equipe.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde; Educação de Pós Graduação; Equipe Multiprofissional.

Abstract

The article reports the experience in the basic attention, while Nurse member of the second class of Multidisciplinary Residency in Mental Health (RESMEN) of the Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) at the Federal University of Paraíba (UFPB) highlighting the multidisciplinary teamwork. This is a descriptive study of qualitative type, featured as case studies. The Basic Health Unit, while care device that makes up the network of psychosocial care, proved a space environment for the activities of the Multidisciplinary Residency in Mental health, among the actions developed by multiprofessional

nurse resident include conducting waiting rooms, participation in team meetings, project construction, home monitoring therapeutic, interconsultations and the creation of a group of mental health for women. The multiprofessional work performed enabled the interaction between residents, providing a great learning experience when making collective, increasing respect and knowledge among the professions, allowed to develop skills needed to promote experience of integrality of attention to mental health and teamwork.

Keywords: Primary Health Care; Education, Graduate; Patient Care Team.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é considerada um processo social e político complexo e em construção que visa à substituição do antigo sistema terapêutico psiquiátrico baseado na hospitalização, por sistemas extra-hospitalares com progressiva diminuição dos leitos, desenvolvimento de programas e serviços alternativos e integração de serviços comunitários com os demais serviços de saúde.^{1,2}

Um dos conceitos principais desse movimento é a reabilitação psicossocial, que constitui o resgate da autonomia do usuário a partir do desenvolvimento de programas e serviços que objetivam aumentar a capacidade do indivíduo para estabelecer trocas afetivas e sociais em diferentes lugares, como no ambiente familiar, social e de trabalho.³

Em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica foi instituída em dezembro de 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a

finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS integra o SUS e tem a Atenção Básica de Saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultórios na Rua, Centros de Convivência e Cultura), como um dos seus componentes.⁴

Dessa forma, a Atenção Básica (AB) se constitui em um importante dispositivo de cuidados em saúde mental, no sentido de facilitar o acesso da equipe aos usuários e destes a equipe, permitindo ações que são desenvolvidas em território geográfico que permite o conhecimento da história de vida das pessoas e seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como, com outros elementos dos seus contextos de vida, devendo detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico através da escuta e do acolhimento,

oferecendo tratamento na própria unidade de saúde ou encaminhando os usuários para os serviços especializados.⁵

Além disso, a AB também permite uma melhor organização na dinâmica de atendimento à saúde mental ao assistir os usuários dentro da sua realidade, encaminhando aos dispositivos da RAPS apenas os casos graves, diminuindo dessa maneira a sobrecarga desse serviço, possibilitando uma melhor assistência.⁶

Neste cenário, os profissionais da saúde necessitam integrar as dimensões biopsicossociais para o cuidado dos indivíduos, famílias e comunidades com novos modos de agir e de interagir com a prática a fim de responder às necessidades de saúde das pessoas em suas diferentes dimensões. Assim, uma das estratégias que pode garantir essa integralidade do cuidado é a Multiprofissionalidade. Ela surge no cenário da saúde como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, focada na prática integrada, visando um atendimento holístico, que consiga apreender toda a complexidade envolvida no processo do cuidado à saúde.⁷

A RESMEN está vinculada ao Núcleo de Saúde Coletiva - NESC da Universidade Federal da Paraíba foi aprovado pela RESOLUÇÃO nº 15/2015, do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) no ano de 2015. São cenários de práticas da residência os serviços da Rede de Atenção Básica de

Saúde, Psicossocial de João Pessoa, entre eles, a Unidade Básica de Saúde (UBS).

A Residência Multiprofissional se apresenta como uma importante ferramenta para a construção de saberes significativos, pois apresenta potencial transformador, inovador e reflexivo, além de ser considerada uma tecnologia educativa em saúde, capaz de orientar a formação de profissionais da área de saúde para o SUS. Permite, além da experimentação da situação real, a discussão, a reflexão e a problematização da realidade nos serviços de saúde.⁸

Método

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência acerca da atuação multiprofissional da enfermeira residente em uma Unidade de Saúde da Família (USF) cenário de prática da RESMEN, no município de João Pessoa- PB.

Ambiente da experiência

A USF Bessa abrange três microáreas constituídas pelas comunidades São Luiz, São Mateus e São Gabriel com uma população aproximada de 785 famílias, além disso, atende a população da área de influência composta pelos moradores dos bairros do Bessa, Jardim Oceania e Aeroclube. Localizada no bairro do Bessa, a Unidade faz parte do Distrito Sanitário V e juntamente com outros dispositivos de cuidado compõe a Rede de Atenção Psicossocial do município.

A atuação ocorreu no período de junho a agosto de 2017, com frequência semanal de quatro dias, sendo 8 horas de atividades diárias. A equipe multiprofissional da RESMEN foi composta por uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. No primeiro momento, os residentes foram apresentados ao serviço acompanhados de um representante da RESMEN e de trabalhadores da USF Bessa.

A USF Bessa é composta por 24 funcionários, sendo dois médicos residentes do Programa de Saúde da Família, dois médicos de atendimento noturno, três enfermeiras, uma técnica de enfermagem, uma farmacêutica, uma psicóloga (gerente do serviço), uma terapeuta ocupacional (NASF), um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde (ACS), duas recepcionistas, dois auxiliares administrativos, uma higienizadora.

A referida unidade tem uma rotina de atendimento nos turnos da manhã e noite onde são oferecidas consultas médicas, de enfermagem e odontológicas. No local estão instaladas salas de curativo equipada e de observação com verificação de sinais vitais, bem como, são fornecidos exames de citologia, nebulização, atividades coletivas de educação, promoção e prevenção da saúde, visitas domiciliares, marcação de consultas e exames on-line, vacinação, raio-x odontológico e assistência farmacêutica.

A estrutura física que abriga a Unidade está localizada em um prédio distante do território de abrangência, fato que dificulta o acesso dessa população a USF Bessa, por isso, 80% dos atendimentos são ofertados à área de influência, em território contínuo à UBS. Composta por uma recepção, sala de espera, sala de acolhimento/triagem, dois consultórios médicos, sala de imunização, um consultório de enfermagem, sala da administração, sala de observação, 1 consultório dentário, farmácia, copa, almoxarifado e dois sanitários.

Resultados e discussão

Sala de espera como estratégia de Educação em Saúde

Como estratégia de atuação grupal, realizávamos a sala de espera, que contava com a participação das residentes, da equipe, dos usuários e seus familiares. Eram realizadas no período de espera do atendimento aos serviços ofertados pela Unidade, em dias alternados (Terças e Quintas) e tinham duração de 40 minutos. A operacionalização da atividade foi composta por três momentos.

No primeiro momento ocorreu o planejamento e a organização de como deveria acontecer às atividades na sala de espera, que temas seriam abordados para a discussão e quais os escolhidos entre as residentes e a tutora considerando a relevância na área de saúde mental, após essa etapa foram selecionados um para cada semana, sendo eles: ansiedade,

depressão, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), práticas integrativas e complementares, esquizofrenia/bipolaridade, qualidade de vida e chás terapêuticos; após as temáticas serem debatidas, no grupo, as atividades foram enriquecidas com a confecção de cartazes ilustrativos e informativos anexados na recepção da unidade.

O segundo momento aconteceu com a abordagem dos usuários presentes na sala de espera, com a explicação da atividade, explanação do tema, dos cartazes, além do esclarecimento das dúvidas, para melhor compreensão do assunto por todos.

O terceiro momento era realizado a avaliação da atividade por meio de reuniões das residentes com a tutora, a partir da percepção da fala dos usuários. Esse momento servia também para ajustar os próximos encontros e promover um melhor aproveitamento da atividade.

As práticas educacionais na sala de espera são relevantes para o vínculo entre a equipe de saúde e usuários, pode proporcionar uma aproximação da comunidade com os serviços de saúde. Esse é um espaço de diálogo e debate que ajuda no estreitamento das relações, sendo um importante alicerce no cuidado humanizado, acolhimento com objetivo de assegurar um olhar holístico.⁹

A realização das salas de espera possibilitou a integralidade do cuidado à saúde dos usuários

da USF Bessa, permitiu conhecer um pouco mais da realidade da comunidade, que é muito diversificada, a atividade nos deixou mais próximos dos usuários, pois eles relataram suas histórias, seus estilos de vida, os hábitos do cotidiano, ou seja, trouxeram o tema que estava em discussão para a sua realidade. Isto nos possibilitou detectar possíveis fatores de risco, e assim realizar a educação em saúde para prevenir doenças e agravos e, principalmente, proporcionar o conhecimento para que os próprios usuários pudessem praticar o autocuidado.

Em relação aos temas abordados, acredita-se que houve uma conscientização da comunidade, pois é através de espaços como estes, que os usuários podem se expressar, opinar, informar-se e refletir sobre os temas propostos, ao mesmo tempo em que esperam pelo atendimento. Permitiu também a sensibilização da equipe sobre a importância de ações como essa para a promoção e prevenção à saúde.

Visita Domiciliar como ferramenta de cuidado na saúde mental

A realização de visitas domiciliares (VD) iniciou-se nas primeiras semanas de nossas atividades na USF Bessa, esta se constitui uma rotina no serviço, ocorre semanalmente com duração média de 1 hora é realizada pela equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, odontólogo e técnica de enfermagem. A rota era elaborada pelo agente comunitário de saúde (ACS) em conjunto com o

enfermeiro da sua área, e agendados de acordo com a necessidade do usuário.

A VD pode ser definida como um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial, possibilita uma melhor interação entre os membros da equipe de saúde, a partir do convívio desta com a realidade vivenciada pelo usuário/família.¹⁰

Nas visitas eram realizadas a aferição da pressão arterial, glicemia capilar, orientações quanto à alimentação saudável, solicitação de exames laboratoriais, e encaminhamento para especialidades, caso necessitassem, tais como nutricionista, fisioterapeuta, cardiologista e psicólogo.

Nessa atividade, o contato com a realidade social das famílias foi instrumento essencial ao cuidado, pois o momento da visita se configurou oportuno para serem feitas as considerações sobre tratamento e cuidado com o usuário, orientações aos familiares encorajando-os para trazer os usuários ao convívio social.

As visitas domiciliares constituem um instrumento facilitador na abordagem do usuário e sua família. Objetivam promover momentos para a realização de atendimento assistencial e educativo, tanto para o paciente como para a família, é concebida como tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado.¹¹

A atuação junto às famílias possibilitou-nos a visualização mais ampla às necessidades, vulnerabilidades entre outros fatores que estavam dificultando o seguimento ao tratamento dos usuários e acompanhamento domiciliar. Por isto, é importante o acompanhamento de agentes comunitários, enfermeiros e outros profissionais da equipe, pois, muitos fatores por vezes omitidos ou esquecidos podem fazer toda a diferença no cuidado, recuperação e bem estar desses usuários.

Reunião de equipe como instrumento de organização do trabalho

As reuniões de equipe eram realizadas na sala de acolhimento/triagem da USF Bessa semanalmente, nas sextas feiras no turno da tarde, com duração média de três horas.

A reunião era conduzida por um profissional a cada semana, inicialmente era feita uma pauta, estabelecendo as prioridades das demandas do serviço, como questões do processo de trabalho da equipe, estruturação, organização, tomada de decisões, troca de experiências das ações que estavam sendo realizadas e planejamento de futuras ações.

As reuniões podem ser caracterizadas como momentos de diálogos, nos quais é possível elaborar planos de atendimento para cada indivíduo e cada família, definindo claramente as ações e os seus responsáveis. A prática de reuniões pode proporcionar oportunidades

ímpares, socialização do conhecimento, planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisões mais assertivas. Além disso, as reuniões contribuem para readequação do processo de trabalho, com base em dados e informações disponíveis até o momento.¹²

Pode-se perceber que as reuniões da equipe eram na tentativa de resolver problemas emergenciais não proporcionando um espaço para discutir, refletir, manifestar expectativas e opiniões sobre estratégias de ação para a equipe, e não apresentavam motivação para os profissionais, pois se constituía um espaço burocratizado.

Além disso, alguns profissionais relatavam que as reuniões não eram resolutivas e por essa questão não sentiam a necessidade de frequentá-las periodicamente, fato que era visualizado no baixo quantitativo de profissionais que frequentavam as reuniões, prejudicando o planejamento das ações, para outros as reuniões se mostravam como oportunidades de responsabilização conjunta, reconhecendo que não atuavam isoladamente, sendo favorável para organizar o processo de trabalho.

Sobre as reuniões, pode-se dizer que elas possibilitam que profissionais conversem sobre todos os usuários dos quais são responsáveis, suas necessidades clínicas e psicossociais e, sobretudo das possibilidades de (re) construção da vida cotidiana buscando fortalecer o Plano Terapêutico Singular mediante discussões atentas da equipe sobre as estratégias que

estão sendo efetivas e aquelas que precisam de ajustes. Os profissionais se apoiam uns nos outros para fortalecer as decisões, valorizando a experiência e a formação profissional.¹³

Grupo de saúde mental para mulheres

A partir das reuniões de equipe houve a necessidade de formar um grupo de saúde mental para as mulheres, pois observou que estas eram a maioria das usuárias que frequentavam a UBS Bessa, e percebia-se através das consultas médicas, uma grande demanda de produção e renovação de psicotrópicos.

Dessa forma a equipe decidiu iniciar o grupo com encontros semanais na Unidade, nas terças-feiras à tarde, com duração de 1 hora e meia, com a proposta de fortalecer o autocuidado, proporcionar informação em saúde e contribuir para a aquisição de novas atitudes de cuidado, além de ser uma proposta de desmedicalização e de apresentação de novas possibilidades terapêuticas.

No primeiro momento organizamos o roteiro dos encontros, ficando definido trabalhar uma dinâmica educativa com o intuito de melhorar o entrosamento do grupo, e no segundo momento realizar uma roda de conversa sobre temas que envolvessem a saúde mental daquelas mulheres.

O espaço da roda de conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se

abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais.”¹⁴

Os conteúdos trabalhados nas rodas de conversas foram pactuados coletivamente com a equipe da USF, sendo abordada a importância de práticas corporais que favorecem o corpo e a mente, técnicas de relaxamento para lidar com ansiedade, alimentação saudável, práticas integrativas e complementares de saúde e autocuidado.

As mulheres foram encaminhadas pelos profissionais do serviço, indicadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), ou por busca espontânea do próprio usuário, pois confeccionamos cartazes informativos sobre o grupo que foi anexado nos consultórios e na recepção na Unidade.

Realizamos cinco encontros, o grupo foi ancorado mediante a escuta qualificada, o diálogo e compartilhamento de experiências entre os sujeitos e os profissionais, sendo necessário o profissional de saúde entender que a escuta qualificada significa o desenvolvimento da capacidade de ouvir as narrativas e lembrar que a narração de um fato permite modificar a maneira de encará-lo e agir sobre determinado contexto.¹⁵

Os encontros representaram um momento terapêutico e de lazer para as mulheres, elas

referiam que tinham uma vida rotineira, cansativa e estressante no cuidado com o seu lar e com a família. No grupo, elas puderam dar uma pausa nessas atribuições e encontrar outras mulheres para dialogarem e se divertirem.

Destaca-se que nesse processo os indivíduos podem ou não adotarem os novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Não basta apenas o seguimento das normas estabelecidas pelos profissionais, e sim realizar a educação em saúde num processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada.¹⁶

A experiência desenvolvida certamente despertou o conhecimento dessas mulheres sobre sua saúde, contribuindo, assim, para a promoção de sua saúde e a autoestima, em paralelo, os profissionais da equipe se sentiram mais motivados a desenvolverem atividades educativas diferenciadas, com foco nas necessidades das usuárias.

Projeto terapêutico singular no cuidado ao usuário com transtorno mental

No que tange a multiprofissionalidade houve a construção de um projeto terapêutico singular (PTS) de um caso trazido por uma agente ACS sobre uma usuária que apresentava histórico de depressão, pouco contato social, dificuldade de adesão aos tratamentos propostos e uso exagerado de medicamentos.

O PTS busca proporcionar uma atuação integrada e articulada da equipe, onde os diferentes saberes possam ser agregados, definido assim, propostas de ações direcionadas para um sujeito individual dentro da família, comunidade, bem como nos serviços de saúde.¹⁷

Inicialmente buscamos juntamente com o ACS conhecer a usuária por meio de uma visita domiciliar para conhecer o contexto familiar, criar vínculos e estabelecer uma relação empática. Procurou-se no primeiro encontro explicar o objetivo da visita na tentativa de conhecer as dificuldades enfrentadas para poder traçar intervenções práticas e eficientes que melhorasse a adesão terapêutica. Dessa forma, constatamos através do relato da usuária que o motivo do seu adoecimento era o sentimento de solidão pela saída dos seus três filhos da residência, por motivo de trabalho e estudos.

Buscamos o trabalho multidisciplinar com os profissionais da USF Bessa e do NASF (assistente social) e vínculo com clínica de psicologia de uma universidade. Onde encontros foram realizados, com o intuito de elaborar intervenções que se adequassem as necessidades constatadas durante a visita domiciliar.

A usuária desde o início mostrou-se receptiva durante toda visita, constatamos a busca da mesma pelo conhecimento da doença e anseio em controlar crises de choro e ansiedade, bem

como aderir ao tratamento, contribuindo com informações pertinentes, para construção do PTS voltado para suas necessidades.

Foram traçadas algumas propostas de intervenção objetivando amenizar e/ou solucionar os problemas enfrentados pela usuária, dentre estas: a retomada de consultas médicas de acompanhamento na USF Bessa e do tratamento farmacológico, orientar quanto a importância ao autocuidado e sensibilizar para o início de uma psicoterapia.

Na segunda visita no intuito de aplicar as intervenções estabelecidas, ressaltamos a importância de seguir o tratamento medicamentoso de forma correta, explicando a interação e o funcionamento dos mesmos, desta maneira criou-se um espaço aberto para a usuária expor suas dúvidas e questionamento a respeito das medicações que fazia uso, também aceitou ir a USF para realizar consulta médica, neste momento também foram realizadas orientações em relação à utilização de chás terapêuticos que favorecem a redução da ansiedade.

A terapêutica indicada pelo PTS não se restringe somente a fármacos e a visão biologista, buscando, portanto, a singularidade (a diferença) como fator principal, valorizando assim, o poder da escuta, da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial, permitindo o envolvimento da família, com a valorização de sua história, cultura e vida cotidiana.¹⁸

Apesar das intervenções sugeridas entendemos que é necessário, o envolvimento em conjunto da equipe de saúde, usuária e família de forma integral, para que assim, possa se estabelecer um cuidado e tratamento de excelência, na qual a usuária não se sinta sozinha, mas sim acolhida.

Interconsultas como prática que integra a saúde mental

Por fim, no âmbito multiprofissional realizamos interconsultas com os médicos residentes em Saúde da Família que atuavam na UBS, para essa atividade ficou reservada uma sala, onde eram encaminhadas pela recepção as demandas de saúde mental, os casos eram ouvidos e discutidos de forma integral e compartilhada, possibilitando uma maior assistência da equipe.

Esta modalidade é considerada como um dos campos de inter-relação entre os saberes técnicos necessários para o tratamento de um determinado paciente, dessa forma se constitui como uma ferramenta interdisciplinar capaz de promover humanização e uma maior resolubilidade e qualidade para o paciente.¹⁹

Em cada caso atendido ficavam definidas as estratégias de ação/intervenção possíveis nas interconsultas, buscando a resolutividade de suas demandas neste nível de atenção, assim favoreceu um atendimento mais humanizado e uma compreensão mais holística do paciente naquele contexto.

A interconsulta constitui uma tecnologia leve, facilitadora e potencializadora para a integralidade do trabalho nos serviços de saúde. Neste sentido, esta ação, permite que se tenha uma visão ampliada dos casos assistidos pelas equipes de saúde, pois é considerada uma atividade interprofissional e interdisciplinar em intervenção conjunta, bem como possibilita uma maior assistência também à equipe de referência, por meio da discussão de caso entre diversos saberes e disciplinas.²⁰

No que se refere as interconsultas, observou-se que a prática do atendimento compartilhado não é muito comum na UBS, porém esta mostrou-se como uma importante ferramenta para promoção e efetivação de uma assistência de qualidade aos usuários e aos seus cuidadores. Dessa forma, com o compartilhamento de saberes, a responsabilização mútua, a abordagem ampliada ao público, foi possível favorecer um atendimento pautado na integralidade.

Conclusões

A Atenção Básica se constitui como um espaço de oportunidades e crescimento multiprofissional no âmbito da saúde mental, porém percebeu-se que para muitos profissionais a assistência em saúde mental se apresenta como um desafio, merecendo atenção especial no sentido da responsabilização pelo cuidado, da aproximação de suas práticas ao território e da importância do vínculo terapêutico, em termos

de perspectivas precisa ser reforçado, um ponto importante é a realização de matriciamento, de cursos de capacitação na área para que os profissionais na atenção primária em saúde possam enriquecer seu modelo assistencial com práticas renovadas na perspectiva da integralidade da atenção.

No contexto da Atenção Básica vivenciamos ações que são desenvolvidas para atender as demandas de saúde mental da população adscrita, e enquanto residente pode-se atuar como agente transformador do cuidado,

estimulando práticas capazes de promover novas formas de trabalhar multiprofissionalmente.

Diante dessas atividades pode-se perceber que a formação multiprofissional proposta pela Residência em Saúde Mental mostrou-se de suma importância para a atuação profissional de cada residente, pois através desta competência os profissionais estiveram “interligados” para que o objetivo principal das práticas de saúde fosse alcançado: a saúde integral do indivíduo.

Referências

- ¹Melo AMC. Apontamentos sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Cad Bras Saude Mental [Internet]. 2012 dez [citado 03 jun 2018]; 4(9):84-95. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2127/2920>.
- ²Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- ³Oliveira FB, Junior JFL, Silva AO, Silva JCC, Guedes HKA, Pereira JS. Reconstruindo novos paradigmas do cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família. Rev enferm UFPE [Internet]. 2014 abr [citado 12 jun 2018]; 8(4):919-926. Disponível em: .
- ⁴Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011.
- ⁵Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- ⁶Salles MM, Barros S. Exclusão/inclusão social de usuários de um centro de atenção psicossocial na vida cotidiana. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 Set [citado 03 jun 2018]; 22(3):704-712. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-0702013000300017&script=sci_abstract&tlng=pt.
- ⁷Tambasco LP, Silva HS, Pinheiro KMK, Gutierrez BAO. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. Saúde Debate [Internet]. 2017 Jun [citado 10 jun 2018]; 41(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000600140&script=sci_abstract&tlng=pt.
- ⁸Demarco EA. Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- ⁹Reis FV, Brito JR, Santos JN. Educação em saúde na sala de espera – relato de experiência. Rev Med Minas Gerais. 2014; 24(supl 1):32-36.
- ¹⁰Limeira MEO, Henrique MS, Barbosa AS, Queiroga VE, Cavalcanti FRR. Sala de espera como ferramenta para Educação em Saúde na Atenção Básica. Rev Bras Ciências da Saude. 2014; 18 (supl 1): 59-62.
- ¹¹Pereira SS, César JGS, Reisdorfer E, Cardoso L. Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. Saúde Transform. Soc. [Internet]. 2014 [citado 21 jun 2018]; 5(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217870852014000100014.

- ¹²Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enferm*. [Internet]. 2005 Abr [citado 23 jun 2018]; 13(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020.
- ¹³Santos EOS, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Andrade APM, Eslabão AB. Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. *Rev Fundam Care* [Internet]. 2017 set [citado 24 jun 2018]; 9(3). Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5564>.
- ¹⁴Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limites e possibilidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens pernambucanos. *Interface*. 2014; 18(2).
- ¹⁵Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Secretaria de Estado da Casa Civil do Rio de Janeiro. *Guia da Pessoa Idosa: dicas e direitos*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- ¹⁶Cabral JR, Alencar DL, Vieira JCM, Cabral LR, Ramos VP, Vasconcelos EMR. Oficinas de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida. *Rev Enf Dig Cuid Prom Saúde* [Internet] 2015 [citado 23 jun 2018]; 1(2). Disponível em: .
- ¹⁷Ministério da Saúde(BR). *Cartilha do Ministério da Saúde: clínica ampliada, técnico de referência e projeto terapêutico singular*. 2.ed. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- ¹⁸Pereira SO, Andrade RDS, Medeiros SC, Couto VBM, Caldas NM, Moreira CS *et al*. Construção de um Projeto Terapêutico Singular durante visita domiciliar: Relato de Experiência. *Cid. em ação: Rev Ext Cult* [Internet] 2015 [citado em 26 jun 2018]; 9(1). Disponível em: <http://www.revistas.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/619>.
- ¹⁹Bortagarai FM, Peruzollo DL, Ambrós TMB, Souza APR. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. *Distúrb Comum*. 2015; 27(2): 392-400.
- ²⁰Silva NG, Oliveira AGB. Interconsulta psiquiátrica e unidades de internação psiquiátrica no Brasil: uma pesquisa bibliográfica. *Mundo Saúde*. 2010; 3(39): 507-514.

Submissão: 20/11/2018

Aceite: 11/01/2019