

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema  
Público de Saúde/UFMS-MEC

**PLANO DE ATIVIDADES PRÁTICAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

- ANO DE 2012 -

**INSTITUIÇÃO SEDE DO EIXO BÁSICO DE DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES:**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

**AREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO HOSPITALAR (HUSM/RS) - SAÚDE MENTAL**

**CAMPO DE GESTÃO E DE ATENÇÃO:**

UNIDADE PAULO GUEDES

UNIDADE SERDEQUIM

AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA

PS PSIQUIÁTRICO

4º COORDENADORIA DE SAÚDE

ESTRATÉGIA DA SAÚDE BINATO

**RESIDENTES:**

**(R2) Caren Alves – Assistente Social**

**(R2) Caroline de Oliveira - Enfermeira**

**(R2) Eliane Umpierre – Educadora Física**

**(R2) Gabriela Zenatti Ely – Enfermeira**

**(R2) Michele Pivetta de Lara - Psicóloga**

**(R1) Graziela De Matos Lemos - Enfermeira**

**(R1) Zanandria Meichthy Marques - Enfermeira**

**(R1) Emanuele Togni -Terapeuta Ocupacional**

**(R1) Cleusa Ricardo - Assistência Social**

**PRECEPTOR(ES) DE CAMPO**

Enf. Ms. Adão Ademir da Silva

Enfº Esp. Marcelo da Rosa Maia (P.S. Psiquiátrico/HUSM)

Psic. Ms. Fábio Becker Pires (PSIQUIATRIA/HUSM),

Profª Enfª Drª Marlene Gomes Terra (CCS/UFMS)

**PRECEPTOR(ES) DE NÚCLEO**

Assist.Soc. Drª Nildete Terezinha

Enf. Ms. Adão Ademir da Silva

Psic. Ms. Fábio Becker Pires (Psiquiatria/HUSM)

**Santa Maria, Julho 2012**

## 1 INTRODUÇÃO

Como profissionais em formação da residência multiprofissional em gestão e atenção hospitalar com ênfase em saúde mental, busca-se por meio desse plano de ação, socializar aos profissionais da saúde mental as atividades desenvolvidas e as atividades que serão construídas conjuntamente com a equipe local de saúde das unidades de referência e complementares.

A Reforma psiquiátrica se caracteriza por um movimento sociopolítico em âmbito da saúde pública que instituiu um modelo para o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial, no acompanhamento do sujeito em sofrimento psíquico em serviços comunitários. Prevê a internação da pessoa em sofrimento psíquico com duração mínima, preferencialmente em hospitais gerais, somente no esgotar de outra possibilidade terapêutica extra-hospitalares (BERLINCK; MAGTAZ, TEIXEIRA, 2008). A lei da reforma psiquiátrica no seu direcionamento para serviços de rede prevê o acolhimento e a escuta do sofrimento da pessoa substanciada pela clínica ampliada. Essa filosofia de assistência visa inserir a pessoa em sua rede familiar e social enfatizando suas potencialidades.

A reformulação do modelo de assistência em saúde mental propõe desafios no que tange a sensibilização de gestores e do profissional de saúde em seu cuidar nas dimensões da integralidade: de redes em saúde mental; da visão de equipe multiprofissional com diferentes cenários e olhares; e o reconhecimento do paciente que vivencia o fenômeno da loucura como uma pessoa de possibilidades (PINHO, HERNÁNDEZ, KANTORSKI, 2010).

Para tal propósito, se faz necessário uma equipe multidisciplinar a fim de articular conhecimentos profissionais específicos para uma rede de saber “por meio da integração de saberes poderemos chegar a uma faceta de multiplicidade de olhares para um mesmo foco, onde cada qual poderá contribuir com suas experiências” (TERRA et al, 2006, p. 168). Nesta prática, “o cuidado apresenta-se histórica e contextualmente dependente de relações que se estabelecem no processo de assistência, o que o torna uma atividade bastante complexa que exige uma multiplicidade de conhecimentos” (TAVARES, 2005 s.p).

A equipe de residentes da área da Saúde Mental contempla as seguintes profissões: Assistente Social, Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional. Os serviços da Unidade Psiquiátrica do HUSM nos quais foram realizadas as atividades das residentes é composto por: Ambulatório de Saúde Mental (Unidade complementar), Unidade Psiquiátrica Paulo Guedes (Unidade de referência para as R1 e realocadas uma psicóloga (Michele) uma enfermeira (Gabriela) pela atual conjuntura da Unidade Serdequim (Unidade de referência para as R2) e Pronto Socorro Psiquiátrico (Unidade Complementar), Estratégia da Saúde da Família Binato e 4º Coordenadoria de saúde. Estes setores são referência em atendimento de alta-complexidade em saúde mental no

município e na Região Central do estado. Diante disso, o presente plano de ação é resultado de discussões grupais entre as residentes (R1 e R2) desta linha de cuidado, sendo estas discussões realizadas durante encontros no local de trabalho, em média duas vezes por semana (preceptorias de núcleo e campo). Ressalta-se que estas discussões não se esgotam no ambiente do trabalho sendo necessário reuniões extras ou discussões por email para a produção deste material.

Neste contexto, as atividades desenvolvidas serão reelaboradas e/ou potencializadas viabilizando a continuação do trabalho proposto pelos R2 (cronograma – a partir do diagnóstico prévio). Dessa forma, as atividades a serem implantadas permeiam a construção de possibilidades que buscam sensibilizar a mudança de paradigmas do modelo de assistir em saúde mental. Nossas inquietações nos instigaram a discussões teóricas na perspectiva de aproximação com o campo prático a fim de planejar as ações e sua viabilidade.

Assim, devido à relevância deste contexto para a saúde mental, bem como sua importância para as equipes de saúde, a questão que norteia esta proposta prática é: ***“De que forma implementar estratégias para o desenvolvimento de um cuidado integral em saúde mental nos serviços de psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria e região da 4ª coordenadoria de saúde?”***

*Neste sentido, temos como objetivo geral: implantar estratégias de gestão, atenção e educação nos serviços da psiquiatria do HUSM, que mobilizem o processo de cuidado integral em saúde mental. Sendo os objetivos específicos: criar espaços de educação permanente junto às equipes da Psiquiatria tendo em vista à problematização do modelo de cuidado em saúde mental vigente nos cenários de atuação; promover no cotidiano dos serviços formas de desenvolvimento de um pensar/fazer multiprofissional, implementando a construção de Planos Terapêuticos Singulares, juntamente ao Plano de Alta; mobilizar a construção de espaços terapêuticos e de educação em saúde para os usuários; instrumentalizar os familiares no processo saúde-doença, promovendo a responsabilização do cuidado; por meio do fortalecimento dos espaços de acolhimento aos familiares dos usuários da psiquiatria; Contribuir com a articulação dos serviços em questão com a rede de atenção em saúde mental do município, estimulando o processo de reinserção social dos usuários da Psiquiatria do HUSM.*

## **2 APRESENTAÇÃO DO CAMPO DE GESTÃO E ATENÇÃO**

Em março de 1968, o hospital Psiquiátrico foi transferido do centro para o Campus da Universidade, sendo anexo do Hospital Universitário, tendo suas atividades iniciadas em 1969. A partir de 1972, iniciou o sistema de Hospital Dia e, em 1974, estruturou a unidade de internação. Em virtude das mudanças ocorridas no campo jurídico e terapêutico, o Hospital Psiquiátrico passou a ser uma Unidade do Hospital Geral (HUSM). O HUSM é um Hospital Regional, atende a 4ª

Coordenadoria de Saúde, que abrange 32 municípios. A Unidade Psiquiátrica possui os serviços de internação, ambulatorial e de emergência (ROSSATO; Et. al.,2006).

### **2.1 Unidade de Internação psiquiátrica Paulo Guedes (UPG) -**

A Unidade Psiquiátrica Paulo Guedes, com seus 12 leitos disponíveis atualmente, recebe pacientes com transtornos psiquiátricos graves, em situação de surto psicótico, estados de alteração de humor, risco de suicídio e auto e heteroagressão.

A Equipe que atua na Unidade é formada por Enfermeiros, técnicos de enfermagem, psiquiatras, residentes médicos e residentes multiprofissionais, além disso possui vínculo com cursos de graduação (enfermagem, medicina, terapia ocupacional) e bolsas de extensão para a enfermagem e educação física. As atividades nesta unidade buscam desenvolver o senso crítico reflexivo do processo de trabalho da equipe de saúde mental, e a autonomia do paciente internado, respeitando suas escolhas valorizando a singularidade do sujeito e suas perspectivas para a alta hospitalar.

### **2.2 Unidade de Recuperação de Dependentes Químicos (SERDEQUIM)**

A Unidade Serdequim contava com 8 leitos para desintoxicação de pacientes, que eram atendidos por uma equipe formada por profissionais da mesma categoria dos da Unidade Paulo Guedes. Em razão da reforma estrutural realizada neste ano, o número de leitos ficou temporariamente reduzido para 5. O espaço reformado ficará sendo dividido com os pacientes e profissionais da Unidade paulo Guedes até que está também seja reformada. A tentativa de uma intervenção coletiva que aborde toda a equipe a fim de contruir uma relação onde o sujeito internado seja o responsável pela escolha do seu tratamento.

### **2.3 Ambulatório de Saúde Mental- Clube da Amizade**

Baseado em propostas educativas e pedagógicas, o Clube da Amizade tem, a finalidade de realizar o acompanhamento do tratamento de pacientes com transtornos mentais graves. O clube da Amizade ocorre no Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

As atividades realizadas com os pacientes, pela Residência Multiprofissional, visa por meio de atividades em grupos e oficinas terapêuticas. Além disso, busca a integração entre usuários e profissionais e a produção de significado para os pacientes e profissionais em formação.

## **2.4 Pronto Socorro Psiquiátrico**

O Pronto Socorro Psiquiátrico, possui 2 leitos na sala de observação, porém comporta até 4 pacientes nesta Unidade. Tem por finalidade de acolher o paciente em crise, em situações de urgência e emergência. A primeira avaliação é feita neste serviço por uma Triagem de enfermagem e por atendimento de um profissional médico, que poderá encaminhar este paciente para um serviço de referência, para a internação nas Unidades Psiquiátricas do HUSM ou de volta à sua residência. Devido a estrutura ser de pequeno porte para que sejam realizadas atividades de Campo, são priorizadas as atividades de Núcleo, principalmente as da Enfermagem. Apesar da falta de estrutura, algumas atividades são desenvolvidas com os pacientes a fim de criar um vínculo entre profissionais e sujeitos. Tais atividades podem ser uma escuta sensível e qualificada com o paciente, conversa com familiares e a procura de estabelecimento de vínculos com a equipe para que haja uma mesma linha de cuidado a ser realizada.

Como não havia uma linha de saúde mental estruturada anteriormente a turma dos residentes de 2010 atuava na unidade de referência Paulo Guedes e desempenhavam suas atividades em unidades complementares. Porém, não havia uma proposta de intervenção instituída pelos residentes anteriores. Com a proposta da linha de cuidado se estruturou um planejamento de intervenção nos serviços da psiquiatria.

A inserção da terceira turma de residência (2011) na linha de cuidado de saúde mental foi por meio da socialização das vivências e experiências entre os residentes e equipe de saúde mental dos serviços. Além disso, pela observação e percepção foi possível constatar algumas mudanças no cenário com a implantação de uma proposta de intervenção a partir diagnóstico prévio. Logo, se faz necessário avançar no movimento para sensibilizar a equipe de saúde no seu pensar em saúde mental a partir da sua realidade vivencial.

As práticas profissionais nos serviços da psiquiatria ainda são influenciadas pelo modelo biomédico, centrado na doença e na medicalização. Contudo, observamos uma crescente preocupação da equipe de saúde na direção dos princípios e preceitos da Reforma Psiquiátrica, de 2001.

Nessa perspectiva, observamos que ainda se trabalha distante da noção de coresponsabilização do cuidado e da articulação com a rede social deste usuário. Com isso, a (re)internação passa a ser frequente. Ressalta-se que o fazer saúde mental, condizente com a Reforma, é um desafio a todos os profissionais de saúde.

O processo de trabalho das residentes na Linha de Cuidado Saúde Mental foi organizado de tal forma a contemplar o trabalho que já estava sendo realizado nas unidades de referência e complementares. Assim, a Unidade Paulo Guedes é referência aos residentes do primeiro ano e a SERDEQUIM para os residentes do segundo ano. A unidade de referência é onde se desenvolvem a

maior parte da carga horária (atividades de campo e de núcleo profissional). Tendo em vista a atual conformação política e estrutural da psiquiatria, no que tange ao SERDEQUIM, as residentes do segundo ano Michele (psicóloga) e Gabriela (Enfermeira) foram realocadas na unidade de referência da Paulo Guedes, pois o objeto de estudo do projeto de pesquisa e intervenção contempla o cenário da referida unidade de saúde.

A entrada dos residentes da 4ª turma da residência multiprofissional se deu em um momento de transição, em que é realizada a reforma nas unidades Paulo Guedes e SERDEQUIM. O limitado espaço físico exigiu uma abrupta aproximação da equipe, rápida criação de vínculos, fazendo aflorar habilidades e ressaltando novas e antigas dificuldades, comuns a qualquer processo de mudança. Tais dificuldades são amenizadas a medida que é realizada a acolhida pelas colegas que atuam no campo compartilhando vivências e saberes,

A fim de atender o objetivo de prover estratégias de gestão, atenção e educação, no que tange a integralidade dos serviços da psiquiatria do HUSM, será realizada ações no âmbito individual e coletivo direcionado a equipe multiprofissional e aos pacientes. Faz-se necessário a problematização de saberes e fazeres em saúde mental. Neste contexto, fomentamos a participação da equipe de saúde na construção do pensar coletivo de propostas terapêuticas viáveis (PTS). Busca-se prover a participação do usuário a fim de instigar o seu pensar em saúde no intuito da (co)responsabilização pelo tratamento. O desafio é instituir espaços formais junto a equipe de saúde local para o planejamento do cuidado compartilhado em saúde mental.

Para mobilizar a construção de espaços terapêuticos, de educação em saúde para os usuários e o fortalecimento do acolhimento aos familiares se busca viabilizar atividades que permeiam a escuta sensível e qualificada, em âmbito individual e coletivo, instigar a (co)participação na busca pela autonomia e cidadania. Neste sentido, a articulação dos serviços em questão com a rede de atenção em saúde mental subsidia o processo de reinserção social dos usuários da Psiquiatria do HUSM. A partir disso, busca-se aproximar e fortalecer os diferentes níveis de atenção por meio de ações intersetoriais; matriciamento, reuniões de clínica ampliada.

Como proposta de intervenção se pretende trabalhar enquanto equipe com as seguintes atribuições de cada núcleo de conhecimento: **enfermagem** com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), educação em saúde sobre o processo saúde-doença; o gerenciamento do cuidado, a realização momentos de educação permanente com membros da equipe de enfermagem; **psicologia** com atendimentos individuais e em grupo e nas intervenções psicossociais; **terapia ocupacional** atendimentos individuais no desempenho ocupacional e análise da atividade; o **serviço social** com atendimentos individuais e em grupos, estudo social, encaminhamentos e articulação com a rede de saúde; a **educação física** compete a avaliação individual (avaliação física) e atividades coletivas em saúde. Apresenta-se também as propostas de intervenção de campo, por

meio da implementação de estratégias de ação, assim como se descreve a unidade correspondente de cada atividade (ANEXO)

## ANEXOS

### ANEXO A –

#### **ATIVIDADES PRÁTICAS REFERENTES AO CAMPO PROFISSIONAL** DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES QUE SERÃO MANTIDAS E APRIMORADAS

##### **UNIDADE PAULO GUEDES:**

##### **Visitas Domiciliares**

- **Histórico**

A visita domiciliar (VD) é uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e/ou o planejamento de ações visando à promoção de saúde em sua totalidade. Ela deve ser previamente sistematizada, possibilitando ao profissional conhecer o contexto de vida, relações familiares e a realidade concreta do usuário do serviço de saúde. Outro aspecto importante é que esta técnica fortalece o vínculo entre o profissional e o usuário, uma vez que a VD é interpretada, geralmente, como uma atenção diferenciada advinda do Serviço de Saúde (TAKAHASHI e OLIVEIRA, s/d).

Além disso, a Visita Domiciliar é utilizada na perspectiva do cuidado integral do paciente, possibilitando desvendar e avaliar a realidade do usuário, mostrando suas necessidades para além da doença e resgatando relações de fortalecimento, autonomia e promoção de cidadania. Nesse sentido, entende-se a visita domiciliar como “uma prática profissional investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar” (AMARO, 2000, p.13). Deste modo, são realizadas visitas domiciliares de usuários internados na Unidade Paulo Guedes ou em tratamento no Ambulatório de Saúde Mental (HUSM) com o objetivo de conhecer e desvelar a realidade socioeconômica e familiar destes usuários. Percebe-se que esta técnica facilita o planejamento da assistência, atenção e cuidado para este usuário e sua família.

- **Finalidade da ação**

O objetivo da realização da visita domiciliar é realizado de acordo com a demanda. Em geral são realizadas visitas domiciliares com a finalidade de conhecer a realidade vivenciada pelo paciente em seu contexto sócio-familiar, para posteriormente levantar as demandas a serem encaminhadas e planejadas em articulação com outros serviços, se necessário, visando à alta hospitalar ou plano de cuidados.

- **Dinâmica de operacionalização**

As visitas domiciliares são realizadas a partir das necessidades percebidas pela equipe ou das residentes. Sendo assim, são realizadas visitas aos usuários internados na Unidade PG, oriundos



da internação e/ou em acompanhamento no Ambulatório (HUSM). A realização de vistas acontece conforme a disponibilidade do transporte do serviço, geralmente ocorrendo nas segundas, e/ou sextas-feiras conforme a demanda.

- **Resultados pretendidos**

Com o desenvolvimento desta ação pretende-se o conhecimento da realidade vivida pelo usuário, possibilitando a realização do planejamento das ações de cuidado para o paciente, além de estabelecer um vínculo maior entre o usuário, sua família e os profissionais. Este processo ocorre durante a internação do paciente e o acompanhamento pós alta hospitalar. Além disso as VD ocorre, quando necessário e oportuno, nos serviços de possível vinculação do paciente aos serviços de saúde e serviços de apoio a saúde; e/ou acompanhamento do paciente/familiar aos referidos serviços.

- **Fatores limitantes**

Esta atividade é realizada somente pelas residentes multiprofissionais (R1 e R2) não ocorrendo a participação de outros profissionais da equipe. A partir disso, considera-se a não participação de outros profissionais um fator limitante, visto que em vários casos percebe-se a necessidade de outro profissional, por exemplo o médico que atende aquele usuário, o qual deveria ter conhecimento da realidade vivida pelo usuário para demandar as ações visando a continuidade do tratamento do paciente.

- **Impacto esperados no processo de formação do residente**

Busca-se apropriar-se do uso de técnicas operativas que facilitem o processo de trabalho da equipe na continuidade do cuidado. Além disso, objetiva-se possibilitar o conhecimento do usuário em seu processo saúde/doença a partir da investigação e do desvelamento da sua realidade possibilitando demandas de ação e articulando as suas resoluções com as políticas sociais públicas.

### **Oficina terapêuticas – UPG**

A hospitalização para o paciente representa um período de intensas mudanças em seu cotidiano. A internação representa para o paciente a mudança do espaço físico, a ruptura do convívio social/familiar, da autonomia e das atividades cotidianas (autocuidado, trabalho e lazer) Para isto, norteados pelos princípios da Política Nacional de Saúde Mental num espaço onde o usuário possa ser promotor de autonomia e assim, possibilite meios para à melhora na qualidade de vida e reinserção social. Apresentamos as oficinas terapêuticas a serem realizadas no ano 2012 na Unidade Paulo Guedes.

### **Oficina da Horta**

- **Histórico**

A realização da Horta nos espaços abertos das Unidades Psiquiátricas no HUSM acontecia desde a década de 80, com o nome de Atividade Sócio-Terapica, que incluía, ainda, atividades artesanais, e onde cada profissional era responsável por acompanhar e monitorar os usuários internados em horários diferenciados. Ocupando, assim todos os momentos da internação. Com a inserção da Residência Multiprofissional na Linha de Cuidado em Saúde Mental reativou-se tal proposta. Percebemos uma adesão em tal atividade pois, muitos usuários são oriundos do interior do estado e/ou suas histórias de vida remetem ao trabalho com a terra.

- **Finalidade da ação**

Promover autonomia e autoconfiança, estimulando a concentração e atenção, proporcionando a integração dos usuários.

- **Dinâmica de operacionalização**

A dinâmica desta proposta consiste em momentos onde os usuários trabalham nos canteiros, com ferramentas e insumos destinados para a semeadura e manutenção das mudas. Pretendemos aprimorar estas práticas incorporando a parte de jardinagem, onde os pacientes e profissionais irão dedicar-se ao plantio de flores e plantas ornamentais.

- **Resultados pretendidos**

Estimular a autonomia e autoconfiança dos usuários por meio dessa atividade, oportunizando outro tipo de ambiente junto à natureza e em outros espaços terapêuticos.

- **Fatores limitantes**

Não ha recursos destinados para a realização desta atividade. Mas, para que isto não se torne um empecilho para a dinâmica, estamos em busca de parcerias e doações (mudas, sementes).

- **Impacto esperado:**

Facilitar o processo de reinserção, costurando suas histórias de vidas e dando significados a elas.

## **Oficina do Artesanato**

- **Histórico**

Esta oficina iniciou com intuito de apoiar a proposta realizada por um integrante de pós-graduação do curso de engenharia de produção onde se orientava a confecção de artesanato com o material produzido com a casca da banana, como móveis e caixas. Tal proposta era realiza pelas residentes do ano de 2010. Com a inserção dos residentes (2011), conjuntamente com os R2, foi desenvolvido um projeto a fim de adquirir recursos junto ao serviço de compras do hospital. Busca-se de forma gradual a incorporação destes materias nas solicitações junto ao almoxerifado, processo este lentificado pelos processos burocraticos.

As oficinas iniciaram no Brasil há mais de 100 anos pela psiquiatra Nise da Silveira como uma

forma de humanizar o atendimento psiquiátrico: o que antes somente era visto como uma doença pôde ser transformada em saúde, potencializando o que os usuários têm a oferecer, estimulando o seu lado criativo.

- **Finalidade da ação**

Introduzir a arte no cotidiano dos usuários.

- **Dinâmica de operacionalização**

Trata-se de uma atividade de expressão com variados materiais, utilizando técnicas de pintura livre, artesanato, pintura em tela, colagem, argila, pintura em tecido, tudo o que possibilita a livre expressão do usuário.

- **Resultados pretendidos**

Estimular a livre expressão dos sentimentos dos usuários, propiciando assim momentos de relaxamento, diversão e integração, visto que observamos nas práticas muitas vezes a disposição de alguns pacientes em auxiliar os que apresentam dificuldade de motricidade fina.

- **Fatores limitantes**

A captação de recursos, necessários para o desenvolvimento das práticas.

- **Impacto esperado**

Momentos de cultura e livre expressão dos sentimentos dos pacientes, terapia e/ou como fonte de renda.

## **Oficina de Cinema – Sessão pipoca**

- **Histórico**

Segundo o relatório de atividades dos R2 (turma de 2011), esta é uma atividade para ser implantada na UPG.

- **Justificativa**

A oficina de vídeo combina a sessão de cinema e a proposta de uma conversa sobre o filme logo após sua exibição, implicando um espaço de problematização pois, as imagens das cenas nos filmes fazem emergir discursos que possibilitam um lugar potencializador da criação de elementos que os desloquem do lugar de isolamento e ocupem a posição de sujeitos (RAINONE; FROEMMING, 2008).

- **Finalidade da ação/atividade**

Buscar um momento que combine com descontração e debate acerca de determinado tema. Proporcionando ao usuário um resgate e exercício do seu potencial saudável, contribuindo com uma melhora na qualidade de vida durante o período de internação.

- **Dinâmica de operacionalização**

Essa atividade tem com proposta ser realizada semanalmente, grupo aberto, no espaço da sala de

TV dos pacientes.

- **Resultados pretendidos**

Com o desenvolvimento desta ação pretende-se o conhecimento da realidade vivida pelo usuário, possibilitando a realização do planejamento das ações de cuidado para o paciente, além de estabelecer um vínculo maior entre o usuário, sua família e os profissionais.

- **Fatores limitantes**

A não fixação de alguns usuários para assistir o filme e a dificuldade de concentração durante toda a atividade.

- **Impacto esperados no processo de formação do residente**

Contribuir para a criação de um vínculo com o paciente, além de possibilitar novas formas de aprendizado/ reflexão sobre diversos temas pelo residente.

### **Participação na Comissão de Saúde Mental na Roda**

- **Histórico**

O espaço da Comissão de Saúde Mental na Roda acontece desde o final da década de 1980. Foi organizado por profissionais de saúde mental da rede municipal e da UFSM, com a finalidade de fortalecer a rede de cuidado em saúde mental, objetivo que permanece pelos profissionais, usuários e instituições de saúde que participam. A inserção das residentes (R1) ocorreu no sentido de participar das reuniões, a fim de acompanhar as articulações e discussões sobre o funcionamento da rede de saúde mental.

- **Finalidade da ação/atividade**

Procura-se, a partir de nossa inserção neste espaço, uma aproximação e articulação entre os serviços do HUSM e demais serviços da rede de saúde mental de Santa Maria, bem como consolidar o espaço da Residência neste cenário. Propõem-se, ainda, uma melhor qualidade dos serviços prestados para atender o usuário em sua totalidade.

- **Dinâmica de operacionalização**

Semanalmente, na terça-feira pela tarde são realizadas reuniões da comissão de saúde mental, onde se encontram profissionais dos serviços, usuários, residentes, acadêmicos e outros setores públicos do município. Nestes encontros propomos um espaço para discussão entre equipes dos diversos serviços de saúde mental da rede com a psiquiatria do HUSM.

#### **Resultados pretendidos**

Com a efetiva participação das R1 neste espaço pretende-se uma maior apropriação do que acontece no município para buscar uma melhor articulação entre os serviços de saúde mental e o HUSM. Além disso, almeja-se com os demais participantes da comissão regulamentada-la, pois isso trará benefícios para a rede e para os usuários, bem como participar do exercício do poder político

no que tange a saúde mental.

- **Fatores limitantes**

A pouca participação dos profissionais das Unidades da Psiquiatria e a força de desarticulação da rede e gestão municipal. Embora, há participação da responsável técnica da saúde mental da gestão municipal.

- **Impacto esperado no processo de formação do residente**

Este espaço de inserção tem um aspecto importante no sentido de propiciar a reflexão e o desenvolvimento do trabalho em rede e com a gestão em saúde mental, visto que para a continuidade do cuidado do paciente é necessário um sistema fortalecido e organizado. Neste sentido, vai ao encontro das propostas de formação das residentes no que se refere à ênfase de atenção e gestão em saúde.

### **Grupo de Mulheres: UPG**

- **Histórico**

Esta atividade foi criada pelas residentes (2010), sendo justificada pelo fato de que durante o período de diagnóstico das residentes, foi observado um grande número de mulheres internadas. Observou-se ainda que a atenção às mulheres na Unidade acontece de forma fragmentada, pouco ou quase nada é considerada no seu tratamento da sua história de vida, sua condição feminina e das relações de gênero. Neste sentido, considerou-se importante se criar um espaço que possibilitasse compartilhar essas histórias, falar sobre sexualidade, sobre cidadania feminina, sobre as relações entre mulheres e homens, seus papéis sociais, violência doméstica, direitos das mulheres, entre outros. Além disso, contou-se com a experiência de algumas residentes no trabalho com as questões de gênero e com a saúde da mulher.

Faz-se necessário considerar a existência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada pelo Ministério da Saúde em 2004, que visa, sob o enfoque de gênero, “promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres” (BRASIL, 2004, p. 67). Bem como, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM), elaborado, em 2008, pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM) o qual recomenda recorte de gênero a todas as políticas públicas no Brasil.

- **Finalidade da ação**

A proposta é trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, numa perspectiva de educação em saúde, direitos e cidadania, uma vez que “as mulheres sofrem duplamente com as conseqüências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem” (BRASIL, 2004, p. 44).

### **Dinâmica de operacionalização**

Esta atividade consiste em realizar encontros dinâmicos e problematizadores com a discussão de temas relacionados à saúde e à condição feminina. São trabalhados temas como: auto-estima, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, violência contra a mulher, direitos femininos, cidadania, relações de gênero, entre outros. Desenvolve-se em uma sala na UPG. As profissionais envolvidas são a enfermeira e terapeuta ocupacional. O número de participantes é variável, de acordo com o número de mulheres internadas, mas geralmente varia de três a dez usuárias. Este grupo ocorre semanalmente.

- **Resultados percebidos para usuário e serviço**

Busca-se um espaço de reflexão sobre o ser-mulher, conhecimento sobre seus direitos, integração e compartilhamento de experiências. O grupo se configura como um espaço de escuta, discussão, respeito e solidariedade, beneficiando as usuárias que dele participam, uma vez que, encontram nele um local no qual podem falar de outros assuntos que não só da doença. Portanto, um espaço de produção de saúde e de vida para essas mulheres.

Além disso, espera-se que aconteça a interação e identificação destas mulheres, favorecendo assim o vínculo, a aproximação entre as usuárias e profissionais, a singularização e ampliação do olhar profissional durante a internação, sendo assim acolhidas em suas necessidades de sujeito em enquanto grupo.

Para o serviço os resultados esperados são no sentido de ampliar o olhar para a saúde da mulher e a integralidade do cuidado.

- **Fatores limitantes**

A fragmentação do cuidado com as mulheres internadas nas Unidades e a limitação desses profissionais, no sentido se não estarem sensibilizados para considerar o contexto social feminino como fator de adoecimento psíquico e biológico das mulheres. Além disso, há pouca integração da equipe durante a atividade.

- **Impacto no processo de formação das residentes**

Os resultados obtidos no nosso processo de formação são no sentido de aprendizado no trabalho com grupos, instrumentalização sobre a questão específica da saúde mental da mulher: relações de gênero, direitos das mulheres, entre outros. Ressaltamos também a importância de aprendermos a desenvolver um olhar de integralidade no cuidado com as usuárias, tratando-as como seres inteiros e considerando que a sua condição feminina condiciona de forma significativa sua saúde mental.

## **Grupo de Familiares UPG**

- **Histórico**

O grupo está em andamento há alguns anos na Unidade, sendo inicialmente realizado por um psicólogo e com sua saída para o mestrado, foi assumido por profissionais deste serviço,

principalmente enfermeiros, que realizavam a coordenação. O grupo era realizado semanalmente, com meia hora de duração, no Ambulatório de Saúde Mental do HUSM. Seu objetivo era ser um grupo aberto, no qual fosse possível o familiar ter acesso as informações sobre a doença, o manejo com seus familiares no período de pós-alta hospitalar, bem como ser um espaço para os participantes falarem sobre seus sentimentos. A partir da inserção da Residência Multiprofissional nos serviços da psiquiatria deste hospital reorganiza-se o objetivo e metodologia dos encontros.

- **Finalidade da ação**

Propõe-se que, principalmente, os encontros tenham objetivos de possibilitar aos familiares de pacientes internados o desenvolvimento de pensar sobre estratégias de cuidado com seu familiar, mas sobretudo com a sua própria saúde mental. Além disso, é possível (re) pensar a forma como cada um trabalha com o processo de saúde e doença no âmbito familiar. Assim, os participantes se reúnem em torno de um objetivo comum, para conseguir compreender e lidar com as questões referentes ao adoecimento mental. Esse espaço permite a liberação de emoções, em um ambiente de empatia, em que cada participante dispõe de momentos para falar e escutar o outro. Todos têm ainda em comum o desejo de que seu familiar avance em seu processo de saúde/doença e consiga compreender melhor seu sofrimento psíquico e com suas conseqüências e contradições.

- **Dinâmica de operacionalização**

Quando as residentes (2010) assumiram a coordenação do Grupo, foi alterado o horário das 13:30 para as 15:30, durante a visita dos familiares. O tempo de duração e o espaço de realização do grupo também são alterados, tendo em vista um maior envolvimento dos familiares. Com a entrada das residentes (2011), percebeu-se que o horário do grupo deveria mudar para as 15:00, pois neste horário é servido o lanche para os pacientes, permitindo que esse tempo seja utilizado para a participação do familiar no grupo, retornando após para permanecer mais um pouco com o usuário internado. Deste modo, os encontros têm a duração aproximada de uma hora e geralmente contam com a participação de oito familiares. Quando não há familiares para realização do grupo de familiares ocorre o atendimento individualizado dos familiares conforme necessidade.

- **Resultados pretendidos**

Considera-se esta atividade grupal de suma importância, pois favorece a expressão de sentimentos, sofrimentos, ansiedades, conflitos e angústias, possibilitando diminuição de tensões, bem como promove a desmistificação da doença mental, contribuindo com a efetivação do processo de desospitalização. Portanto, acredita-se que o Grupo de Familiares é um importante dispositivo para pensar o cuidado em saúde mental, pautado numa lógica humanizada, com a tentativa, ainda de superação do modelo de atenção centrado na doença, e que possam os familiares potencializar o processo da Reforma Psiquiátrica enquanto um projeto norteado pela participação e democracia.

- **Fatores limitantes**

A não visitação dos familiares.

- **Impacto esperados no processo de formação das residentes**

O papel das residentes multiprofissionais tem sido o de coordenar tais encontros, pois se acredita que o espaço do Grupo de Familiares possa ser campo de intervenção para a formação profissional dos residentes. Assim, utilizando-se do autor Pichon-Rivière (1985), quando diz que o grupo é um conjunto restrito de pessoas que, ligadas por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, se propõe de forma explícita ou implícita uma tarefa, que constitui sua finalidade. Tais pessoas interagem por meio de complexos mecanismos de assunção e atribuição de papéis. Enquanto formação a possibilidade de coordenar o grupo é fundamental no sentido de orientar uma visão clínica do conhecimento da dinâmica familiar do usuário.

### **Projeto Terapêutico Singular - PTS**

- **Histórico**

Segundo o relatório de atividades dos R2, esta é uma atividade para ser implantada na UPG, sendo um desafio de todas as turmas que passaram por esta unidade.

- **Justificativa**

O projeto terapêutico se configura como uma ferramenta de planejamento do cuidado em ação individual ou coletiva (família/comunidade). São condutas articuladas por uma equipe de saúde multidisciplinar que busca conjuntamente com o usuário visualizar suas necessidades como um sujeito singular. Almeja-se a co-responsabilidade para as propostas de ações em saúde (BRASIL, 2007).

- **Finalidade da ação**

A realização do PTS é uma estratégia para efetivar os preceitos da Reforma Psiquiátrica, de 2001, no que tange a reinserção da pessoa em sofrimento psíquico em seu meio social e familiar, empoderando-o de autonomia e respeito a si. Para tanto, é preciso inserir a pessoa no processo de decisões frente ao processo saúde/doença como um sujeito de possibilidades, buscando objetivos viáveis em consonância com os princípios e a realidade vivenciada no sistema de saúde. Logo, busca-se a co-responsabilidade pelo tratamento e a visibilidade do planejamento do cuidado para articular a equipe multidisciplinar e ações intersetoriais (GASPARETTO, 2006).

- **Dinâmica de operacionalização**

A implantação do PTS será de forma gradual nos serviços de internação psiquiátrica do HUSM (Unidade Paulo Guedes ) pela equipe de residência multiprofissional, que buscare estratégias para a inserção da equipe de saúde mental. O público alvo será os usuários internados nas unidades referidas, sendo sua escolha por meio intencional considerando as necessidades enquanto usuário e



possibilidades enquanto equipe de saúde. O instrumento para realização do PTS apresenta os passos para sua realização que contempla uma hipótese diagnóstica (singularidade do sujeito); definição de objetivos; distribuição de tarefas e prazos; coordenação e negociação; (re)avaliação (CUNHA, 2005).

- **Resultados esperados**

Implantação do PTS como uma estratégia assistencial para a reabilitação psicossocial; visualização do plano de cuidado multidisciplinar e intersetorial; promotor de vínculo e possibilidades enquanto serviço/rede de cuidado.

- **Fatores limitantes**

Resistência da equipe de saúde mental para sua conformatação teórica (desafio: sensibilização da equipe); modelo assistencialista e uma dimensão social não planejada; dissonância entre preceitos da política nacional de atenção a saúde mental e o acesso e possibilidades enquanto serviço de atenção à saúde.

- **Impacto esperado**

Com a implantação do PTS intui-se a participação do usuário no seu processo saúde doença e o articular/construir uma rede em saúde a fim: de visualiza o cuidado multidisciplinar e intersetorial; diminuir os índices e a permanência do usuário na internação psiquiátrica.

## **Profissional de Referência**

- **Histórico**

O Profissional de Referência é aquele responsável pela condução de um caso individual, familiar e/ou comunitário, é também um rearranjo organizacional que busca reforçar a autonomia da equipe interdisciplinar. O profissional de Referência dentro da unidade da Serdequin começou a ser pensado através das residentes multiprofissionais, que em reuniões iniciaram a discutir esta proposta de trabalho, escutando e conversando com a equipe. A partir deste momento juntamente com a equipe se deu inicio a trabalhar com profissionais de referência dentre este serviço. A estratégia do profissional de referência na UPG começou a ser implatada com a inserção das R1 deste ano (2012) conjuntamente com a R2 Psicologa e R2 Enfermeira.

- **Finalidade da ação**

O objetivo é prestar um cuidado integral ao usuário, considerando as necessidades do indivíduo em seu contexto familiar e social.

### **Dinâmica de operacionalização**

Cada profissional conforme vínculo/sua iniciativa e/ou procura do usuário, passa ser o profissional de referência do usuário. O profissional torna-se refência do usuário no momento do acolhimento do usuário quando este chega a unidade, em reunioes de clínica ampliada.

### **Resultados esperados para usuário e serviço**

Planejar as ações de cuidado ao paciente considerando a singularidade do indivíduo e as condições de trabalho.

### **Grupo de Familiares SERDEQUIM**

- **Histórico**

O grupo estava em andamento há alguns anos na Unidade. Anteriormente a coordenação do grupo era realizada pelos profissionais da Unidade que estavam de plantão. O grupo encontrava-se semanalmente, com média de trinta a quarenta minutos de duração, e realizava-se no espaço da Unidade SERDEQUIM, no HUSM. No ano de 2011 as residentes multiprofissionais (R2) que assumiram como Unidade de Referência a SERDEQUIM assumiram o grupo juntamente com a equipe da unidade.

- **Finalidade da ação**

Possibilitar aos familiares de pacientes internados o desenvolvimento de pensar sobre estratégias de cuidado com seu familiar, mas, sobretudo, com a sua própria saúde mental. Assim, os participantes se reúnem em torno de um objetivo comum, para conseguir compreender e lidar com as questões referentes ao uso do álcool e outras drogas.

- **Dinâmica de operacionalização**

Durantes as quartas-feiras reúnem-se os familiares, durante a visita destes, para a realização do Grupo. Com a diminuição de leitos devido a reforma na Unidade o grupo se tornou pequeno acontecendo ao invés de grupo atendimentos com os familiares.

- **Resultados pretendidos**

Favorecer a expressão de sentimentos, sofrimentos, angustias, conflitos e dúvidas sobre a questão do álcool e outras drogas. Além disso, pretende-se promover o entendimento da doença a partir de uma perspectiva social, e não culpabilizando o sujeito pelo abuso das substâncias, contribuindo, assim, com a efetivação do processo de desospitalização. Acredita-se que o Grupo de Familiares é um importante dispositivo para pensar o cuidado em saúde mental, pautado numa lógica humanizada.

- **Fatores limitantes**

A não visitação dos familiares ao usuário.

- **Impacto esperados no processo de formação das residentes**

O papel das residentes multiprofissionais foi o de coordenar os encontros, pois se acredita que este espaço é bastante rico para a intervenção profissional uma vez que possibilita perceber diversas demandas de ação com os usuários. Enquanto formação a possibilidade de coordenar o grupo é fundamental no sentido de orientar uma visão clínica do conhecimento da dinâmica familiar do usuário.

## **Visitas Domiciliares**

- **Histórico**

A visita domiciliar (VD) é uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e/ou o planejamento de ações visando à promoção de saúde em sua totalidade.

Além disso, a Visita Domiciliar é utilizada na perspectiva do cuidado integral do paciente, possibilitando desvendar e avaliar a realidade do usuário, mostrando suas necessidades para além da doença e resgatando relações de fortalecimento, autonomia e promoção de cidadania. Nesse sentido, entende-se a visita domiciliar como “uma prática profissional investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar” (AMARO, 2000, p.13).

Deste modo, são realizadas visitas domiciliares de usuários internados na Unidade SERDEQUIM e no Ambulatório de Saúde Metal (HUSM) com o objetivo de conhecer e desvelar a realidade socioeconômica e familiar destes usuários além de um acompanhamento pós-alta para avaliar a continuidade do cuidado dos usuários. **Finalidade da ação**

O objetivo da realização da visita domiciliar é realizado de acordo com a demanda. Em geral são realizadas visitas domiciliares com a finalidade de conhecer a realidade vivenciada pelo paciente em seu contexto sócio-familiar, para posteriormente levantar as demandas e encaminhamentos a serem planejados em articulação com outros serviços, se necessário, para realizar o plano terapêutico do usuário e o planejamento da alta hospitalar.

- **Dinâmica de operacionalização**

As visitas domiciliares são realizadas a partir das necessidades percebidas pela equipe ou das residentes. Sendo assim, são realizadas visitas aos usuários internados na SERDEQUIM e do Ambulatório de Saúde Mental do HUSM. A realização de visitas acontece conforme a disponibilidade do transporte do serviço, geralmente ocorrendo este ano nas segundas e sextas-feiras.

- **Resultados pretendidos**

Pretende-se um maior conhecimento da realidade vivida pelo usuário, possibilitando a realização do planejamento das ações de cuidado para o paciente, além de estabelecer um vínculo maior entre o usuário, sua família e os profissionais do serviço.

- **Fatores limitantes**

A não participação de outros profissionais da equipe, pois as visitas são realizadas geralmente pelas residentes. Além disso, outro fator limitante é a pouca disponibilidade do transporte (segunda e quarta-feira)

## **Impacto esperados no processo de formação do residente**

Apropriar-se do uso de técnicas operativas que facilitem o processo de trabalho da equipe na continuidade do cuidado. Além disso, objetiva-se um maior conhecimento do usuário em seu processo saúde/doença a partir da investigação e do desvelamento da sua realidade possibilitando possíveis demandas de ação e articulando as suas resoluções com as políticas sociais públicas.

### **Oficina do Jornal 100% sobriedade**

- **Histórico**

O Jornal é uma ferramenta social de comunicação. Servindo como um veículo de expressão de idéias, imagens, produções literárias, acontecimentos do cotidiano, “causos”, experiências, histórias de vida e narrativas orais que se transformam em artigos para o jornal. A oficina de construção do jornal foi uma iniciativa das residentes (R1) as quais acreditam que esta oficina serviria como uma atividade grupal de socialização, expressão e inserção social de suma importância, uma vez que consiste em um momento de ocupação terapêutica, exige o desenvolvimento da atenção e criatividade e possibilita que o usuário possa voltar seu foco para a atividade, saindo por um momento do enfoque da doença. Neste ano de 2012 a coordenação da oficina foi assumida pelas então R2 da linha de saúde mental que tem como unidade de Referência a Unidade SERDEQUIM. A oficina do Jornal é destinada a usuários internados e egressos da internação, sendo que há pacientes que vem de outros municípios para a participação da oficina. Este ano de 2012 o projeto foi enviado para o edital FIEIX e fomos contemplados.

- **Finalidade da ação**

Manter um espaço interativo, com a proposta de incentivar e trabalhar o pensamento crítico e reflexivo a cerca da reinserção social dos usuários da Unidade SERDEQUIM, além de visualizar possibilidades de construção dos sujeitos envolvidos neste espaço de criação; produzir sentido e potência de vida para além da doença; Proporcionar um ambiente terapêutico ampliando a abordagem ao tratamento; Estimular a discussão e a produção de textos sobre a dependência química; Proporcionar reflexões acerca do processo de reinserção social dos usuários; Provocar um processo de formação em saúde mental, de residentes e outros profissionais, de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

### **Dinâmica de operacionalização**

As oficinas terapêuticas para a produção do jornal ocorrem semanalmente, às quartas-feiras, às 10:00 horas, na unidade SERDEQUIM. O jornal é editado trimestralmente e conta com o apoio dos profissionais da Unidade e para a impressão com o auxílio do CCS. Após impresso o jornal é distribuído pela equipe da oficina nas unidades do HUSM, CCS, e serviços de saúde mental do

município, além de ser transportado pelos usuários de outros municípios para sua localidade e de serviços de saúde de sua região.

- **Resultados esperados para usuário e serviço**

Percebe-se que os benefícios para os usuários são no sentido de envolvimento com a atividade, exemplo disto é que existem usuários que mesmo após a alta hospitalar retornam para participar da atividade, tendo a oportunidade de se conhecerem como pessoas capazes de fazer e produzir, sendo protagonistas de suas próprias vidas.

Para o serviço os resultados são no sentido de divulgação uma vez que o jornal possibilita o reconhecimento do trabalho que é realizado no SERDEQUIM. Além disso, acredita-se que desenvolver a oficina de produção de um jornal dentro de um serviço de saúde como contribui para a construção de um pensar e fazer diferentes para a equipe deste serviço no sentido de ampliar o olhar sobre o modo de fazer saúde no contexto hospitalar.

- **Fatores limitantes**

A não disponibilidade do uso de *internet* para os usuários durante a oficina o que dificulta a pesquisa sobre algum tema de interesse dos usuários.

**Impacto no processo de formação das residentes**

Ampliação do olhar no fazer e pensar em saúde, expandindo a perspectiva de saúde para além da doença e possibilitando a autonomia, o empoderamento e a identificação entre os usuários. Além disso, percebe-se que os usuários da oficina se fortalecem no sentido de estimularem uns aos outros.

**Revisão Ampliada de Pacientes/Serdequim**

- **Histórico**

Começou com a inserção das residentes na Unidade.

- **Finalidade da ação**

Promover um espaço de discussão sobre os usuários objetivando o planejamento das ações desenvolvidas para posterior alta e cuidado integral do usuário. Além disso, reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias eles empregadas, e também buscar outros conhecimentos em diferentes setores através da intersetorialidade para contemplar as demandas postas pelos usuários.

**Dinâmica de operacionalização**

A discussão de casos ocorre todas as terças-feiras às 10hs na Unidade. Participamos da socialização dos casos dos pacientes internados, contribuindo nestes. Tais contribuições têm o caráter de ações intersetoriais e interdisciplinares, procurando valorizar a importância da autonomia e da garantia dos direitos destes usuários.

**Resultados percebidos para usuário e serviço**

Estimular a intervenção de diferentes saberes sobre cada caso, instigando as diferentes formas de encaminhamentos e de possibilidades de ações para proporcionar o cuidado integral de cada sujeito. A procura dos profissionais da medicina para discutir sobre os pacientes internados reflete a importância deste trabalho.

- **Fatores limitantes**

O poder do saber médico dentro dos serviços.

- **Impacto no processo de formação do residente**

Aprendizado de trabalho em equipe bem como a valorização dos diferentes núcleos envolvidos com o usuário.

### **Atividades físicas na piscina do CEFD**

- **Justificativa**

A proposta de desenvolver atividades em meio líquido, piscina do CEFD, justifica-se devido às facilidades e aos benefícios proporcionados pela execução do movimento do corpo dentro da água, desfrutando de experiências, como por exemplo, a auto-percepção, o autoconhecimento corporal, oferecendo um melhor desenvolvimento psicomotor com criatividade e prazer, assim, valorizando os indivíduos de uma forma integral e contribuindo para o bem-estar biopsicossocial.

Neste contexto, salienta-se o conceito de atividade física, a qual é considerada como uma série de ações que uma ou mais pessoas praticam, envolvendo gasto de energia e modificações no organismo, por meio de exercícios que abrangem movimentos corporais com aplicação de aptidão física, atividades mentais e sociais, de maneira que resultarão em melhorias à saúde do indivíduo. No âmbito da saúde mental, a prática de exercícios ajuda a regulação de substâncias associadas ao sistema nervoso, melhorando o fluxo de sangue para o cérebro, auxiliando dessa maneira na resolução de problemas e regulação do estresse. Além disso, ajuda na elevação da auto-estima, reduzindo ainda os níveis de ansiedade e estresse, contribuindo no tratamento de diversas doenças psiquiátricas (ARAÚJO, 2000).

- **Finalidade da ação**

Cabe destacar que a Educação Física vem emergindo como campo de conhecimento e prática capaz de contribuir para a reinserção psicossocial, por meio dos mais diversos conteúdos da cultura corporal, conectando-os às estratégias de promoção para mudanças sociais, ambientais e comunitárias (DAMICO, 2007). Neste viés, possibilita estratégias para a superação dos desafios da Reforma Psiquiátrica, bem como fortalecendo os processos de reabilitação e reinserção social dos sujeitos com sofrimento psíquico grave.

- **Dinâmica de operacionalização**

Atividades físicas em meio líquido, com a participação de usuários do Ambulatório de Saúde Mental, Unidade Psiquiátrica Paulo Guedes e SERDEQUIM.

- **Resultados pretendidos**

Promover integração entre diferentes setores da UFSM, HUSM e CEFD, como forma de trabalho intersetorial, tendo em vista o conceito ampliado de saúde; estimular a participação de profissionais da equipe dos serviços da Unidade Psiquiátrica do HUSM junto às atividades desportivas, visando o envolvimento destas equipes e à ampliação das possibilidades de tratamento; proporcionar um ambiente terapêutico ampliando a abordagem ao tratamento, tendo em vista sua descentralização do ambiente hospitalar; instigar a reflexão de profissionais e comunidade em geral, acerca da importância do profissional da Educação Física, atuando em conjunto com instituições psiquiátricas.

- **Fatores limitantes**

Clima de inverno pouco favorável, no sentido de temperaturas baixas; no caso de pacientes internados poderá haver dias em que eles não estarão em condições psicológicas de comparecer, havendo uma descontinuidade das práticas;

- **Impacto esperado**

Promover o exercício físico como complemento terapêutico no tratamento de pacientes psiquiátricos.

## **Profissional de Referência**

- **Histórico**

O Profissional de Referência é aquele responsável pela condução de um caso individual, familiar e/ou comunitário, é também um rearranjo organizacional que busca reforçar a autonomia da equipe interdisciplinar. O profissional de Referência dentro da unidade da Serdequin começou a ser pensado através das residentes multiprofissionais, que em reuniões iniciaram a discutir esta proposta de trabalho, escutando e conversando com a equipe. A partir deste momento juntamente com a equipe se deu início a trabalhar com profissionais de referência dentro este serviço.

- **Finalidade da ação**

Prestar um cuidado integral ao usuário, refletindo sobre todas as questões que interferem no tratamento do mesmo, além de buscar o auxílio das diversas redes sócio-assistenciais que podem auxiliar nos encaminhamentos possíveis para atender as demandas postas por cada caso.

- **Dinâmica de operacionalização**

Cada profissional conforme iniciativa passa a ser o profissional de referência do usuário quando este chega à unidade. Este processo de trabalho foi iniciado com as R2 do ano de 2011 e foi continuado pelas R2 de 2012, desta forma os profissionais estão experimentando e ajustando o modo de realizar este serviço.

- **Resultados esperados para usuário e serviço**

Contemplar o cuidado integral do usuário, definindo os fluxos onde o usuário circulará na rede de atenção a saúde, além de promover a autonomia, cidadania e garantia de direito dos sujeitos.

- **Fatores limitantes**

A pouca estrutura da rede de saúde mental nos municípios. A pouca disponibilidade de telefone para a conversa com os serviços para os quais o usuário será encaminhado.

OBS: Ressalta-se que as atividades desenvolvidas na Unidade SERDEQUIM foram realizadas até o momento em que a Unidade está passando por um período difícil, no qual atualmente não temos nenhum paciente internado. Primeiramente foi por causa da reforma quando o número de internações foi reduzido e agora com a união da unidade SERDEQUIM e Paulo Guedes para reforma da UPG.

## **Ambulatório de Saúde Mental HUSM**

### **Grupo de Saúde**

- **Finalidade da ação**

Problematizar temas relacionados à saúde e o processo saúde-doença dos usuários. Além disso, busca-se contribuir para o empoderamento dos indivíduos sobre seus direitos, cidadania e autonomia, buscando refletir sobre uma melhoria da qualidade de vida.

- **Dinâmica de operacionalização**

O grupo ocorre todas as quartas-feiras às 14hs e são utilizadas dinâmicas que proporcionam a reflexão crítica dos participantes sobre diversos temas relacionados a saúde e melhoria da qualidade de vida dos usuários.

- **Resultados esperados para usuário e serviço**

Espaço para que os usuários compartilhem experiências, auxiliando na reflexão do processo saúde-doença, na formação de sentido para as experiências vivenciadas no cotidiano e para melhoria de uma qualidade de vida.

- **Fatores limitantes**

Pouca disponibilidade de material.

### **Abertura do Clube da amizade na sexta-feira:**

- **Histórico da atividade:**

O Clube da Amizade é composto por usuários egressos de internação na unidade Paulo Guedes, que após a alta hospitalar mantiveram o vínculo com o serviço, pois não se adaptaram aos outros dispositivos da rede extra-hospitalar. Estes têm vínculo de tratamento, pois são atendidos pelos profissionais do ambulatório da psiquiatria e pelos residentes multiprofissionais. Mas, além disto,



têm vínculo afetivo com o serviço, pois como diz o nome é um grupo de amigos, que se reúne e faz atividades, mantendo assim a sua saúde mental, pois observamos na prática que a maioria deles tem quadro patológico estável. O Clube da Amizade abre de segunda a quinta-feira, nos turnos matutinos e vespertinos. Considerando que o Clube da Amizade não abria na sexta-feira pela manhã, que a nossa unidade de referência SERDEQUIM está em progressiva redução de leitos e que a soma destes fatores estava prejudicando a frequência dos usuários na atividade da piscina realizada no CEFD na sexta-feira à tarde, após conversamos com a equipe do Clube da Amizade, com os usuários e com os preceptores, propomos abrir atividades neste dia.

- **Finalidade da ação:**

Proporcionar continuidade as atividades já realizadas durante a semana com os usuários do Clube da Amizade, focando a socialização, desenvolvimento de habilidades, reinserção social, co-responsabilização pelo cuidado, melhora da qualidade de vida e educação em saúde.

- **Dinâmica de operacionalização:**

- Iniciamos as atividades conversando com os usuários e cuidando da alimentação;
- Grupo de artesanato com reciclagem: confecção de objetos decorativos com jornal, através de técnicas de reaproveitamento dos materiais, iniciamos com porta-panels, porta retratos e porta objetos;
- Socialização através de rodas de chimarrão e refeições em conjunto;
- À tarde realizamos atividades físicas, no momento como a piscina do CEFD está em greve, caminhamos, fazemos alongamentos, atividades lúdicas com enfoque na melhora física.

- **Resultados esperados:**

Aos pacientes esperamos complementar a assistência já prestada, com eficiência mantendo os benefícios já mencionados. Ao serviço, buscamos fortalecer o espaço como terapêutico e necessário, além de ampliar a atuação da Residência Multiprofissional.

- **Fatores limitantes:**

Ainda não foram observados.

- **Impacto esperado na formação dos residentes:**

Crescimento profissional e pessoal, na convivência com os usuários e no modo de atuação que mesmo sendo desenvolvido no setor terciário, tem caráter de prevenção e manutenção da saúde, sendo muito importante na complementação da formação.

## **ANEXO B-**

### **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS A SEREM IMPLANTADAS**

#### **Grupo de Educação em Saúde na UPG**

- **Histórico**

Esta atividade foi desenvolvida pelas residentes (da turma de 2010), a partir de uma necessidade do serviço, de realização de um grupo para discutir temas de saúde, especialmente educação para o não uso do cigarro. Tal necessidade foi apontada por uma enfermeira da Unidade, que contribuiu na implantação da atividade. A partir disso, foi trabalhadas questões como doenças, medicações, bem como os sintomas, além dos sentimentos oriundos da internação, dificuldade de adaptação a rotina hospitalar, e perspectivas da alta hospitalar e seus planos para sua vida.

- **Finalidade da ação**

Este grupo visa de maneira dinâmica problematizar temas relacionados à saúde e o processo saúde-doença dos usuários internados na Unidade. Foi criado com a finalidade de contribuir com o processo de empoderamento dos indivíduos. Neste sentido, empoderamento significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e de grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social (VASCONCELOS, 2004). O grupo parou de ocorrer por conflitos entre as equipes de saúde. Contudo, com a posição formal de um preceptor realmente presente na UPG busca-se discutir e problematizar as propostas para reativar este grupo: um grande desafio a ser conquistado.

- **Dinâmica de operacionalização**

O grupo ocorria semanalmente, às terças-feiras das 15h30 às 16h30. Envolve a realização de discussões e reflexões a fim de problematizar sobre temas relacionados ao processo saúde-doença. Os temas escolhidos para a discussão no grupo, geralmente, eram de escolha dos usuários.

- **Resultados pretendidos**

Pretende-se que o grupo seja reativado e configura-se como um dispositivo para que os usuários compartilhem experiências, e auxilie num processo de formação e sentido para essas experiências.

- **Fatores limitantes**

Não estar ocorrendo. Além disso outro fator limitante é a pouca participação de profissionais do serviço na atividade proposta, apesar de, algumas vezes, alguns profissionais enfermeiros participaram e contribuírem com a atividade.

- **Impactos esperados no processo de formação do residente**

Os resultados deste trabalho são na perspectiva de compartilhamento e troca de saberes de cada núcleo profissional, bem como a aproximação com os usuários sendo possível conhecer as suas necessidades individuais e coletivas.

## **CUIDANDO DE SI: VARIZANDO A SAÚDE DO TRABALHADOR**

- **Finalidade da ação**

Esta ação é inspirada na nossa vivência como residentes na UPG pode-se observar que o profissional de saúde realizado o cuidado de saúde para o outro. Porém, poucas são as iniciativas de cuidado de si. Os profissionais verbalizaram a necessidade, em conversas informais, de criar estratégias de cuidado de si, além de possuir no grupo da residência uma profissional que têm uma experiência prévia referente a saúde do trabalhador. Além disso, pode-se constatar essa lacuna da saúde do trabalhador na dissertação de mestrado do enfermeiro Adão Ademir da Silva intitulada “**O CUIDADO DE SI DO/A PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL**” que dicorre:

Recomenda-se, portanto, a realização de grupos de discussão, buscando sugestões e idéias para a construção de um ambiente de cuidado mais humanizado e propício para o cuidado de si. Além disto, a necessidade premente da formação de uma equipe matricial para dar suporte à equipe de enfermagem, que poderá ser viabilizada pelos profissionais da Residência Multiprofissional Integrada (SILVA, 2011, P.79).

Neste sentido, o presente grupo tem por finalidade um espaço de cuidado de si no cenário do trabalho.

- **Dinâmica de Operacionalização:**

O público alvo será os profissionais da UPG. Este grupo irá ocorrer em uma sala que prima pela privacidade e/ou espaço estratégicos (ambientalizados, adaptados ao objetivo da atividade, ao ar livre). Buscaremos a parceria de profissionais com técnicas alternativas de saúde (massagens, relaxamento, alongamentos, musicoterapia, reiki, estética) além de um espaço de escuta e possibilidade de diálogo.

- **Resultados pretendidos**

Proporcionar um ambiente e exclusivo de cuidado de si no ambiente do trabalho; Favorecer o bem estar do profissional; Possibilitando um cuidar ao profissional busca-se oferecer um cuidado de qualidade ao usuário.

- **Fatores limitantes:**

O grande fator limitante é a ausência de recursos financeiros e humanos específicos para a realização desta atividade. O desafio é o encaminhamento de um projeto para a saúde do trabalho e prover recursos para o desenvolver da atividade.

- **Impacto esperado na formação dos residentes:**

A reflexão da importância do cuidado de si, quando se cuida do outro, e assim prover um cuidado humanizado e integral.

## ANEXO C

### **ATIVIDADES PRÁTICAS REFERENTES AO NÚCLEO PROFISSIONAL**

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS REALIZADAS E QUE SERÃO MANTIDAS E APRIMORADAS

#### **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DAS RESIDENTES ENFERMEIRAS - UPG**

- **Histórico**

É importante ressaltar que o enfermeiro em saúde mental deve atuar tanto a fim de preservar e promover a saúde mental quanto para fazer intervenção em situações de crise e/ou estressantes, atuando no cuidado de pessoas com transtornos mentais em diversos níveis, de leve a grave, agudos e crônicos. Além disso, é função do enfermeiro criar e manter um ambiente terapêutico; atuar como figura significativa; contribuir com a educação sobre a saúde mental de usuários e suas famílias; gerenciar o cuidado; realizar terapia de relações interpessoais; atuar em equipe interdisciplinar; participar da criação de ações comunitárias para a saúde mental e participar da elaboração de políticas públicas para a área (STEFANELLI et. al, 2008).

#### **Realização de plantão assistencial de enfermagem nas Unidades Paulo Guedes**

- **Histórico**

As enfermeiras residentes se integraram a esta atividade seguindo o sistema de escala de plantões realizado na Unidade. Inicialmente tivemos acompanhamento dos enfermeiros dos serviços, visando à adaptação às rotinas e para facilitar a vinculação com a equipe. Realizamos os plantões de Enfermagem com acompanhamento dos enfermeiros, e também sem esta orientação direta, momentos estes em que assumimos as Unidades de Referência como profissional do turno.

- **Finalidade da ação**

Esta atividade tem por objetivo desenvolver o processo gerencial e assistencial do cuidado referente ao núcleo profissional do enfermeiro. Visa prestar o cuidado no sentido de estabelecer vínculo com usuários e sua família, bem como desenvolver um trabalho em equipe e articulado com outros serviços prestadores de cuidado, tanto do HUSM quanto da rede de serviços de saúde mental do município e região.

- **Dinâmica de operacionalização**

Esta atividade consiste em realizar plantões de seis horas (um turno), e dois dias por semana. Durante os plantões são realizadas atividades assistenciais de núcleo como: consulta de enfermagem, manutenção da higiene corporal, cuidados com a alimentação, cuidados a usuários que

possuam riscos de agressão e suicídio, administração de medicamentos, aferição de sinais vitais, realização de curativos, contenção física (quando necessário), educação em saúde (paciente/família) e educação em serviço, entre outros; atividades de educação em saúde, educação em serviço, entre outros.

Atividades gerenciais como: SAE, administração da Unidade (recursos materiais, recursos humanos), aprazamento de cuidados e de prescrições. Atividades de campo: Participação nos grupos das unidades, interconsultas.

- **Resultados esperados para usuário e serviço**

Com a realização dos plantões de assistência se busca o vínculo tanto com a equipe quanto usuários, facilitando a realização de outras atividades da residência. Outro ponto importante é que servimos como profissionais de referência para demais residentes, atuando muitas vezes como elo equipe- residência.

- **Fatores limitantes**

Destacamos a falta de equipe básica nas unidades da psiquiatria como a principal dificuldade, pois por vezes realizamos o plantão de núcleo sem a supervisão direta. Além disso, há resistência de alguns profissionais que não atualizados sobre a lógica das práticas da Residência Multiprofissional, não visualizam o papel do residente nas práticas cotidianas.

- **Impacto (resultados) no processo de formação do residente**

Fortalecimento do papel de núcleo profissional no processo de aprendizado tanto da especialidade saúde mental, quanto na formação de sistema público em saúde e o trabalho com a rede de serviços de saúde mental do município. Além disso, é uma atividade importante para desenvolver habilidades e competências no processo de cuidar, bem como no processo de trabalho em equipe.

### **Realização de plantão assistencial de enfermagem na Emergência Psiquiátrica**

- **Histórico**

O plantão no PA é carga complementar para as enfermeiras desde a primeira turma da residência.

- **Finalidade da ação**

Esta atividade tem por objetivo desenvolver o processo gerencial e assistencial do cuidado referente ao núcleo profissional do enfermeiro. Visa prestar o cuidado no sentido de estabelecer vínculo com usuários e sua família no momento da emergência psiquiátrica, bem como desenvolver um trabalho em equipe e articulado com outros serviços prestadores de cuidado, tanto do HUSM quanto da rede de serviços de saúde mental do município e região (projeto em andamento conjuntamente com a equipe do PA e 4º CRS).

- **Dinâmica de operacionalização**

A Enfermagem se insere como suporte a reabilitação e adaptação de pacientes em sofrimento psíquico, na busca de um cuidado fundamentado na integralidade. Ao cuidar, a enfermagem se responsabiliza pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes. O acolhimento é uma forma de diálogo, configurando a comunicação como uma ferramenta de serviço, pois orienta a distinguir e hierarquizar necessidades possibilitando definir a trajetória ou os fluxos do paciente pelo sistema (TEIXEIRA, 2003).

Esta atividade consiste em realizar plantões de seis horas (um turno), durante, um dia por semana. Durante os plantões são realizadas atividades assistenciais como: consulta de enfermagem, manutenção da higiene corporal, cuidados com a alimentação, cuidados a usuários que possuam riscos de agressão e suicídio, administração de medicamentos, aferição de sinais vitais, realização de curativos, contenção física (quando necessário), atividades de educação em saúde, entre outros. SAE, aprazamento de cuidados e de prescrições, discussão do processo de trabalho.

- **Resultados esperados para usuário e serviço**

Com a realização dos plantões de assistência esperamos um aumento do vínculo tanto com a equipe quanto usuários, facilitando a realização de outras atividades da residência. Facilitar a transferência do paciente para unidades extra hospitalares conforme necessidade do usuário e avaliação da equipe.

**Fatores limitantes**

Destacamos a falta de estrutura física na emergência, como fato que dificulta a realização do atendimento individual de enfermagem.

**Acompanhamento individual de enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**

- **Histórico**

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) deu início as discussões sobre a implementação da SAE em 2002, quando um grupo de enfermeiras passou a reunir-se para estudar o método. Antes de nossa inserção, esta ação já acontecia nas Unidades, porém o acompanhamento individual era realizado no sentido de prestação de cuidados assistenciais e muitas vezes não singulares a cada usuário.

Neste sentido, a inserção das enfermeiras R1 e R2 (Gabriela) busca complementar esta ação, já desenvolvida por alguns enfermeiros da equipe. Realizam-se consultas individuais de enfermagem com o objetivo escuta qualificada aos usuários e o desenvolvimento da SAE: histórico de vida e da doença, exame do estado mental, diagnóstico de enfermagem e prescrição de enfermagem.

A implementação na UPG ocorreu gradualmente com propostas de capacitação científica e sensibilização da importância da SAE, porém, é iniciativa individual realizá-la. Além disso, quando realizada seu acesso era restrito ao documento do Word no computador. Com a informatização e a problematização da SAE enquanto educação em serviço há possibilidades de sua implementação.

- **Finalidade da ação**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se caracteriza como uma metodologia de trabalho, exclusiva do enfermeiro, que utiliza conhecimento científico para identificar situações de saúde/doença, orientando ações de assistência de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2002).

É fundamentada nos seus pressupostos a organização da assistência de enfermagem, embasada cientificamente, ou seja, desenvolver uma metodologia de trabalho que oriente e sistematize o cuidado prestado ao paciente, família e sociedade. Esta ação visa realizar a escuta do usuário internado, avaliar seu estado mental, a fim de planejar o cuidado de enfermagem durante a internação psiquiátrica como também para auxiliar conjuntamente com os demais profissionais de saúde no seu projeto terapêutico singular e plano de alta.

- **Dinâmica de operacionalização**

O Processo de Enfermagem é composto por 4 etapas: histórico (aquisição de informações subjetivas e objetivas sobre a situação de saúde do cliente), diagnóstico de enfermagem (avaliação clínica as respostas do cliente aos processos vitais e/ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais; descrevem de que forma a saúde do cliente está comprometida e quais os fatores que contribuíram para este comprometimento), prescrição (planejamento, orientações e ações de enfermagem) e resultados esperados (objetivos que o profissional pretende alcançar com a implementação do processo diagnóstico). Sua implementação ocorrerá de forma gradual pela escolha intencional dos casos clínicos, e/ou conforme divisão por turnos. Recentemente a SAE foi informatizada.

Esta atividade ocorre em geral, três vezes por semana, ou conforme a demanda de usuários. O atendimento envolve a profissional enfermeira e o usuário, ou sua família, no momento pré-alta.

- **Resultados pretendidos**

Os resultados são positivos tanto para o usuário, quanto para o serviço. Há possibilidade de criação do vínculo com o usuário e a discussão de um plano de cuidados singular tendo em vista instigar a (co)responsabilização do cuidado. Logo, os recursos da internação como atividades terapêuticas, a educação em saúde na perspectiva do processo saúde-doença, o planejamento pré-alta junto à família e os encaminhamentos que são realizados aos serviços de saúde mental da rede do município de Santa Maria e região.

Pode-se considerar que os benefícios para o serviço sé a potencializar a comunicação e interação

com/entre a equipe de enfermagem, a partir do momento que se pode planejar o cuidado de forma sistematizada (SAE) e trocar informações integrando as formas de cuidado. Os resultados percebidos com a equipe médica também se configuram no sentido de uma maior integração com estes profissionais.

- **Fatores limitantes**

Resistência da equipe de saúde mental para sua conformatação teórico-prática. O envolvimento insuficiente dos enfermeiros da Unidade, uma vez que nem todos se comprometeram com a SAE.

### **Plantão assistencial de enfermagem no Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos:**

#### **Histórico:**

A enfermeira residente do segundo ano integrou-se a escala de plantões com um turno fixo semanal, visando complementar as demais atividades. Nos primeiros turnos, houve orientação por parte de um enfermeiro do serviço, para facilitar a adaptação às rotinas e vinculação com os demais profissionais. Após as atividades seguiram sem supervisão direta, contando com o auxílio de um profissional da unidade (técnico de enfermagem), sendo que nestes turnos fomos a equipe responsável pelos cuidados naquele momento. Iniciei as atividades em abril do presente ano transcorrendo até julho, período em que entrei em férias (02/07/12 a 22/07/12).

#### **Finalidade da ação:**

- Desenvolver as competências assistenciais e gerenciais inerentes ao núcleo profissional;
- Prestar assistência humanizada, visando estabelecer vínculo com o usuário do serviço e seus familiares;
- Atuar preferencialmente desenvolvendo atividades em equipe, fomentando discussões multiprofissionais e articulando com os demais pontos da rede de serviços em saúde.

#### **Dinâmica de operacionalização:**

Os plantões consistem um turno semanal com seis horas de duração. São realizadas atividades assistenciais como: auxílio na alimentação, higiene corporal, escuta qualificada, administração de medicamentos, avaliação do estado mental, realização de atividades em grupo, educação em saúde incluindo os familiares, acompanhamento a serviços da rede no pré-alta (quando faz parte do plano terapêutico do paciente este encaminhamento), administração de medicamentos, evolução de



enfermagem, entre outros. Atividades gerenciais como: manutenção da unidade, administrando recursos materiais e humanos; SAEe aprazamento das prescrições.

### **Resultados esperados para os usuários e serviço:**

Objetiva-se que a assistência prestada estimule a adesão do usuário ao seu plano terapêutico, e que se estabeleçam vínculos eficazes aos serviços, tanto ao setor terciário quanto aos demais dispositivos da rede, pois percebemos na vivência neste serviço que grande parte do tratamento de dependentes químicos baseia-se na motivação destes e que o bom vínculo com a equipe pode facilitar este processo. No serviço, pretendemos fortalecer as atividades da Residência Multiprofissional, proporcionando atendimentos multiprofissionais, quando assim necessitar.

### **Fatores limitantes:**

Neste momento é fator limitante a situação de indefinição em que o SERDEQUIM se encontra. A unidade foi fechada para receber pacientes, pois não há médicos para atuar no serviço, sendo assim até o momento em que estive presente não estavam aceitando internações. Destaco que realoquei as atividades para outros campos de atuação ( ambulatório/ atenção básica) porém não deixei de prestar suporte a equipe do SERDEQUIM, comparecendo as reuniões e permanecendo no posto de enfermagem, quando me era solicitado.

### **Impacto no processo de formação do residente:**

A atuação nesta unidade é fundamental para uma formação ampliada em saúde mental, pois são contextos bastante diferentes a dependência química e o sofrimento psíquico. Considero equivocada a formação em apenas uma área, pois ao invés de especialistas em saúde mental o programa gerará profissionais especialistas em sofrimento psíquico e com atuação praticamente exclusiva em unidade de internação psiquiátrica. A atuação em dependência química possibilita que sejamos realmente profissionais de referência no processo de saúde, pois temos autonomia para conversar com o usuário e decidir junto com o mesmo qual é o trajeto do seu tratamento, observando sempre qual é a sua finalidade. Ressaltamos ainda que a equipe da unidade SERDEQUIM é aberta as propostas e demonstra confiança em nossos conhecimentos, incorporando as residentes como profissionais do serviço.

### **Outras atividades de campo que o Enfermeiro está inserido:**

Grupo de Saúde - Ambulatório de Saúde Mental (HUSM);  
Grupo de Artesanato - Ambulatório de Saúde Mental (HUSM);  
Atividades de Matriciamento na ESF Roberto Binato.

## **AÇÕES DE NÚCLEO DA EDUCADORA FÍSICA**

A atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica do tratamento de transtornos mentais. O exercício físico apresenta, em relação ao tratamento medicamentoso, a vantagem de não apresentar efeitos colaterais, e minimizar os efeitos indesejáveis já instaurados, bem como a dependência dos mesmos.

Há vários trabalhos explorando a relação entre as alterações da neurotransmissão com a drogadição (drogas lícitas e ilícitas) e sua possível minimização por meio de um programa de atividades físicas, todavia devem ser observadas as adaptações nervosas, a fim de beneficiar os sujeitos de resultados como: diminuição do estresse fisiológico e psicológico, melhora da eficiência motora, diminuição da fadiga central e sensação de prazer após o exercício, além dos benefícios sócio-fisiológicos já conhecidos (FERREIRA et al. 2001).

Durante a Conferência Nacional de Saúde Mental (1994) um dos pontos a comentar foi a instituição de um novo modelo de operação assistencial para os cuidados em Saúde Mental onde o desenvolvimento de “atividades esportivas”, com o intuito de reinserção familiar e social torna esta linha de cuidado um espaço privilegiado para atuação de profissionais de outras áreas “não médicas” incluindo o Profissional de Educação Física como integrante das equipes.

Stein (2009) lembra que atualmente a importância da Educação Física na área da saúde tem recebido destaque, pois esta visa tanto a recreação, como reabilitação e, principalmente, a prevenção e promoção da saúde, além da educação do corpo para que ocorra a preservação desta.

O mesmo autor ressalta que a matriz atual da Educação Física é a preservação do corpo em sua totalidade, condições físicas, saúde, educação física holística, cultura, recreação, participação, cooperação, bem-estar físico, mental e social, neste sentido trabalhar o conceito ampliado de saúde torna-se campo de atuação ideal de ser trabalhado com profissionais desta área.

### **Objetivos:**

#### **Objetivo Geral:**

Proporcionar aos usuários atendidos um espaço de convivência saudável através da atividade física, junto com outros profissionais do PRMI e da equipe da Unidade Psiquiátrica do HUSM, sendo a caminhada, a ginástica e outras práticas corporais instrumentos auxiliares no PTS dos envolvidos.

#### **Objetivos Específicos:**

Incentivar mudanças de hábitos de vida com base nas práticas corporais e da vivência em grupo;

Adotar medidas de auxílio na diminuição de fatores determinantes de enfermidades e do consumo de medicamentos;

Proporcionar um espaço especial de motivação aos usuários, favorecendo a escuta, pelos profissionais, dos usuários através de um ambiente informal e de práticas de atividades físicas;

Possibilitar oportunidade de estágio aos alunos do curso de graduação em Educação Física da UFSM. Desta forma expandindo os laços do CEFD/UFSM com o PRMI e as comunidades atendidas nas Unidades do HUSM.

- **Histórico**

De acordo com conversas informais com a equipe, sabe-se que frequentemente são desenvolvidas atividades por acadêmicos bolsistas do curso de Educação Física do CEFD/UFSM.

- **Finalidade da ação**

Proporcionar aos usuários atendidos um espaço de convivência saudável através da atividade física, junto com outros profissionais do PRMI e da equipe da Unidade Psiquiátrica do HUSM, atividades físicas e de inserção social que possam minimizar os efeitos da doença e do tratamento medicamentoso e estar contribuindo para uma melhor qualidade de vida e autonomia dos pacientes, sendo a caminhada, a ginástica e outras práticas corporais instrumentos auxiliares no PTS dos envolvidos.

- **Dinâmica de operacionalização**

Os principais tipos de atividades físicas possíveis a serem desenvolvidas nas unidades considerando o histórico dos pacientes tais como a condição física em função da própria doença e do uso de vários medicamentos e também os espaços disponíveis na unidade de internação e imediações do HUSM:

Sessões de alongamento/ relaxamento;

Sessões de aquecimento articular;

Sessões de Ginástica;

Correções posturais;

Caminhada orientada no pátio do hospital e nos espaços da UFSM;

Jogos;

Dinâmicas;

Rodas de conversa sobre a importância da atividade física para a saúde;

Esportes recreativos na quadra da unidade;

Atividades na piscina do CEFD 1 vez por semana.

A frequência e a duração das atividades, será em torno de 2 a 3 vezes por semana e com duração entre 45 e 50 minutos.

- **Resultados percebidos para usuários e serviço**

Espera-se intervir diretamente na melhoria da qualidade de vida dos pacientes internados na unidade, possibilitando atividades físicas que possam minimizar os efeitos da doença e o próprio

uso medicamentoso, melhorando a auto-estima, proporcionando condições de saúde e qualidade de vida, contribuindo de forma integral com o bem estar biopsicosocial de todos os envolvidos.

- **Fatores limitantes**

Espaços físicos e materiais, mas que poderá ser suprido uma vez que contaremos com empréstimo de materiais do laboratório de fisiologia do exercício e performance humana do CEFD/UFSM para as avaliações corporais individuais, além do espaço da piscina do CEFD/UFSM para o desenvolvimento das atividades em meio liquido.

Pouco tempo de permanência dos usuários, principalmente os usuários da Unidade Serdequim, o que provoca uma descontinuidade do acompanhamento e perda do vinculo com o paciente, não tendo o mesmo significativos benefícios com as atividades.

Outras atividades de campo que a Educadora Física está inserida:

Grupo de Saúde Ambulatório de Saúde Mental;  
Grupo de Artesanato Ambulatório de Saúde Mental;  
Atividades de Matriciamento na ESF Roberto Binato.

## **ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ASSISTENTE SOCIAL (R1 E R2)**

Cabe, antes das descrições das atividades específicas do núcleo salientar que antes da entrada da Residência na linha não havia profissional do Serviço Social há muitos anos, sendo este trabalho, conforme alguns relatos da equipe realizado por alguns profissionais do serviço que muitas vezes realizavam o papel de Assistente Social buscando devido a falta deste profissional suprir minimamente as demandas sociais. Assim, com a entrada da primeira residente em campo (2009) foram realizadas algumas atividades, as quais foram conhecidas pela residente da linha de saúde mental (2011) através do seu relatório e uma rápida conversa. Salienta-se que a primeira residente que entrou na saúde mental (2009) também atuava em outras linhas o que dificultava uma efetividade de ações pela profissional. Atualmente a Psiquiatria possui duas residentes somente para a linha de Saúde Mental que atuam nas Unidades Paulo Guedes, SERDEQUIM, ambulatório e P.A Psiquiátrico.

### **Atendimento Individual à usuários e familiares**

- **Histórico**

Com a entrada da Residente do serviço social na linha de saúde mental (2011) os atendimentos individuais eram realizados conforme surgisse demanda e destinava-se a suprir a

necessidade de orientar e sanar dúvidas sobre diversos questionamentos demandado pelo usuário e seus familiares.

- **Finalidade da ação**

Percebe-se em conversa com a equipe a necessidade deste profissional no serviço para sanar dúvidas, orientar, encaminhar, observar a dinâmica socioeconômica, cultural e familiar do usuário em tratamento e que por diversas vezes apenas necessitam do diálogo, o “desabafo” das angústias e problemas que vivenciam. Neste processo, concorda-se com MIOTO (2007) quando esta diz que na escuta qualificada reside a possibilidade do profissional desenvolver o fortalecimento de vínculos com o usuário, articulando e questionando com ele a sua vida na sociedade, bem como pensando nas necessidades que precisam ser satisfeitas.

Nesse sentido, esta ação visa realizar a escuta do usuário internado e /ou familiares objetivando a orientação para facilitar e ampliar o acesso dos usuários aos seus direitos e encaminhamentos diversos, reforçando noções de cidadania, autonomia, não institucionalização e principalmente o direito à saúde.

- **Dinâmica de operacionalização**

Esta atividade ocorre conforme a demanda, porém observa-se que em dias de visitas dos familiares estas ações tornam-se cada vez mais necessária. O atendimento envolve as Assistentes Sociais e o usuário e/ou familiar, geralmente durante a internação, porém sentindo a necessidade do usuário este atendimento se estende no pós-alta.

- **Resultados percebidos para o usuário e serviço**

Percebe-se que os resultados são positivos tanto para o usuário, quanto para o serviço, pois estes atendimentos possibilitam uma maior vinculação com o usuário além de buscar a autonomia e o empoderamento do mesmo sobre seus direitos e deveres. Além disso, percebe-se que nestas intervenções é possível levantar demandas a serem discutidas com a equipe para um plano de cuidado singular pré-alta deste usuário.

- **Fatores limitantes**

A falta de um espaço específico para estes atendimentos uma vez que por diversas vezes estas conversas tiveram que serem realizadas em ambientes abertos e sem privacidade. Outra dificuldade observada é a não efetividade prática das leis e dos serviços dos quais necessitamos enquanto profissional do Serviço Social.

- **Impacto (resultados) no processo de formação do residente**

Através destes atendimentos é possível o levantamento de demandas de ações que necessitam de diferentes estudos a respeito dos direitos, benefícios, atenção básica a saúde mental,

conhecimento sobre a rede municipal de saúde mental, além do aprofundamento teórico sobre a doença propriamente dita.

### **Atendimento em grupo**

- **Histórico**

Não sabido.

- **Finalidade da ação**

Acompanhar os usuários e seus familiares em grupo, buscando levantar demandas sociais de ação, além de trabalhar questões educativas, troca de vivências e interação do grupo. Além disso, procura-se nos atendimentos em grupo esclarecer as famílias sobre a patologia para que a mesma tenha um entendimento de como conviver e respeitar este indivíduo.

- **Dinâmica de operacionalização**

Acompanhamento semanal de familiares e usuários.

- **Resultados percebidos para usuário e serviço**

Percebe-se que para os usuários a dinâmica compartilhada com outros pacientes e familiares traz um melhor entendimento sobre sua própria patologia e facilita uma identificação com o outro, o que faz com que ele não se sinta excluído. Além disso, os atendimentos em grupo possibilitam através do “olhar sensível” a percepção de diversas demandas de ação.

- **Fatores limitantes**

Observa-se, às vezes, a dificuldade de expressão dos familiares em abordar alguns assuntos em que o usuário ou familiar não tem conhecimento, principalmente tratando-se da patologia do usuário. Também percebe-se que a falta de comprometimento da família com o usuário também limita os atendimentos em grupo.

- **Impacto (resultados) no processo de formação das residentes**

O fortalecimento do olhar crítico enquanto profissional a observar o grupo para o desvelamento das demandas de ação, a qualificação em trabalho grupal e o fortalecimento de vínculo com o usuário. A busca por embasamento teórico para que possamos empoderar o usuário sobre seus direitos.

### **Encaminhamentos diversos**

- **Histórico**

Durante o ano de 2011 foram realizados diversos encaminhamentos e pareceres pelo Serviço Social. Os mesmos basearam-se em encaminhamentos de BPC, gratuidade de transporte, documentação em geral e para rede de apoio.

- **Finalidade da ação**

Os encaminhamentos são realizados com a finalidade de efetivar os direitos dos usuários, buscando promover a sua autonomia e protagonismo no cenário das políticas sociais públicas além da melhoria da qualidade de vida.

- **Dinâmica de operacionalização**

Os encaminhamentos surgem da demanda sinalizada pelos usuários e pelos profissionais da equipe e são realizados diariamente conforme a demanda apresentada por estes.

- **Resultados percebidos para usuário e serviço**

Percebe-se que através dos encaminhamentos os usuários têm o acesso as políticas sociais públicas o que resulta na superação das expressões da questão social vivida por si e pelos seus familiares. Além disso, observa-se que com estas ações os usuários sentem-se fortalecidos por fazer parte deste processo social.

- **Fatores limitantes**

A fragilidade da rede municipal de saúde mental e na rede de apoio sócio-assistencial, a qual por várias vezes não dá suporte para a continuidade do cuidado não efetivando as políticas públicas conforme as mesmas estão descritas em lei.

- **Impacto (resultados) no processo de formação das residentes**

A apropriação de conhecimento e das políticas sociais públicas como eixo de ação das atividades desenvolvidas, percepção crítica da gestão dos serviços como um todo.

### **Articulação com a Rede de Serviços Sócio-assistenciais e de saúde**

- **Histórico**

A articulação com a rede de serviços para dar o suporte necessário ao cuidado e continuidade do tratamento pelo usuário pós processo de internação foi realizada através de contatos telefônicos, reuniões com os serviços, participação de grupos de discussão, troca de informações e conhecimento sobre o funcionamento dos serviços.

- **Finalidade da ação**

A articulação com a rede de serviços sócio-assistenciais e de saúde dos municípios dos usuários que são atendidos na psiquiatria objetiva a continuidade do tratamento, cuidado e da promoção de saúde do usuário pós-alta.

- **Dinâmica de operacionalização**

A articulação com a rede dos municípios é realizada conforme a demanda levantada com os usuários e com a equipe profissional.

- **Resultados percebidos para usuário e serviço**

A continuidade do cuidado em saúde mental pelo o fortalecimento de vínculos e a segurança de possuir um suporte destes serviços.

- **Fatores limitantes**

A estruturação das redes de apoio à saúde mental em alguns municípios, inclusive o de Santa Maria.

- **Impacto (resultados) no processo de formação das residentes**

Apropriação do conhecimento de todos os serviços disponíveis na rede, além da experiência de trocar o conhecimento com outras equipes e formular estratégias que busquem a efetivação dos direitos sociais e políticos do usuário dentro das políticas públicas.

Outras atividades de campo que o Serviço Social está inserido:

Grupo de Saúde - Ambulatório de Saúde Mental (HUSM);

Grupo de Artesanato - Ambulatório de Saúde Mental (HUSM);

Atividades de Matriciamento na ESF Roberto Binato.

## **ATIVIDADES DO TERAPEUTA OCUPACIONAL**

### **Atendimento Individual**

- **Histórico**

Os atendimentos de terapia ocupacional tiveram início com a primeira turma de residentes (2009), porém limitava-se a circular em duas linhas de cuidado (Hemato-Oncologia e Saúde Mental) do hospital, diferente da segunda e terceira turma de residentes (2010 e 2011) **as quais já** entraram com a proposta na linha de cuidado saúde mental, **em que** permanecem em uma unidade de referência e circulam pelas demais unidades complementares.

- **Finalidade da ação**

O principal objetivo do trabalho da Terapia Ocupacional dentro da Unidade de internação Paulo Guedes, assim como nas unidades complementares, é auxiliar o usuário a detectar, desenvolver ou construir novas perspectivas as quais proporcionem um sentido a sua vida. Sendo assim, a terapia ocupacional tem como objeto de trabalho o fazer do sujeito considerando seus desejos e habilidades. Além disso, o terapeuta ocupacional intervém nas atividades em que o usuário possa apresentar dificuldades em desempenhar. Tais atividades são divididas em: Atividades de Vida Diárias - AVD, aquelas as quais o sujeito realiza com seu próprio corpo como, por exemplo: as de higiene, alimentação, vestuários e outras; Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVD, consideradas aquelas que o indivíduo realiza com seu meio e com as pessoas em sua volta (limpar a casa, cuidar da roupa, da comida, usar equipamentos domésticos, fazer compras, usar transporte pessoal ou público, controlar a própria medicação e finanças); Atividades Ocupacionais que são as



relacionadas ao trabalho e/ou estudo; e Atividades de Lazer, aquelas que o usuário realiza de forma prazerosa proporcionando assim um bem estar.

Diante de uma patologia, seja de ordem física, emocional e/ou social pode ocorrer um rompimento do indivíduo com essas atividades, principalmente quando ocorre um processo de hospitalização. Frente a esta situação, o terapeuta ocupacional tem como objetivo propor estratégias para resgatar essas atividades do seu cotidiano ou ofertar atividades que o aproximem de sua realidade fora do ambiente hospitalar, considerando suas habilidades e potencialidades. Ao contrário do que muitos pensam a Terapia Ocupacional não é uma profissão que oferta atividades aos pacientes simplesmente para que os mesmos possam se ocupar. A atividade precisa ser significativa para o paciente e por isso a subjetividade do paciente é sempre levada em conta durante a avaliação do terapeuta ocupacional, na qual se busca escutar o paciente, coletar suas queixas e dificuldades frente à situação que está vivenciando, suas limitações em relação às AVD, AIVD, atividades de lazer, o rompimento com o trabalho/estudo, com as relações familiares, sociais, sua condição clínica e principalmente o significado que a doença assume para cada pessoa em particular. Os atendimentos de Terapia Ocupacional com pacientes portadores de transtorno mental e/ou dependência química buscam proporcionar atividades que vão ao encontro das habilidades e potencialidades dos pacientes, buscando estender essas atividades para sua rotina após a alta, visando assim a reorganização/reestruturação de seu cotidiano frente às implicações impostas pela patologia.

- **Dinâmica de operacionalização**

Os atendimentos acontecem semanalmente, podendo ocorrer de forma individual ou em grupo. A atividade proposta é ofertada de acordo com as necessidades e habilidades de cada paciente, sendo realizada na presença deste e do terapeuta ocupacional.

- **Resultados percebidos para usuário e serviço**

Tanto os usuários, quanto os demais profissionais envolvidos consideram importante e significativo os atendimentos terapêuticos ocupacionais para os pacientes, porém ainda é pouco relevante quando considerado que é baixo o número de profissionais que realmente tem o conhecimento da profissão.

- **Fatores limitantes**

O curto período de internação dos pacientes, bem como a falta de profissionais no município de Santa Maria e região, o que impossibilitam o encaminhamento dos pacientes prejudicando e limitando a continuidade dos atendimentos aos usuários.

- **Impacto (resultados) no processo de formação do residente**

Proporciona uma ampliação do conhecimento diante da diversidade e subjetividade de casos atendidos, como também um crescimento profissional e pessoal. Porém a inexistência de

profissionais deste núcleo contratados no serviço dificulta a dinâmica de trabalho e o aprendizado melhor qualificado.

### **Atendimentos em Oficinas Terapêuticas e Grupos**

- **Histórico**

Os atendimentos em oficinas terapêuticas e grupos que estão sendo realizados são planejados e discutidos entre as residentes (2010 e 2011), numa reunião semanal de planejamento e avaliação, realizada separadamente entre as turmas. Nossa proposta de trabalho é colocar em prática a Reforma Psiquiátrica, que define o tratamento como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

Para o Terapeuta Ocupacional as atividades sejam elas individuais ou grupais só adquirem conotação terapêutica quando estão inseridas em um contexto de relação entre terapeuta, paciente e atividade. Assim a atividade realizada nesta forma terá finalidade terapêutica. (Hagedorn, 2003)

- **Finalidade da ação**

O sujeito em sofrimento psíquico apresenta muitas angustias e sofrimento no momento da internação ou já a muito tempo de vida, também é afastado do convívio social, se distancia de sua vida cotidiana e de seus laços afetivos, familiares, de trabalho, de lazer etc. O Terapeuta Ocupacional trabalha com objetivo de que este sujeito seja capaz de reassumir o controle de sua vida.

- **Dinâmica de operacionalização**

Os grupos acontecem uma ou duas vezes por semana dependendo da demanda e necessidade dos pacientes. Os grupos são abertos, ou seja, não é estipulado número fixo de pacientes, sendo que todos são convidados a participarem sendo livres para esta escolha.

- **Resultados percebidos para usuário e serviço**

Os usuários e profissionais consideram os grupos e os atendimentos individuais de extrema importância para os pacientes, porém ainda é pouco relevante quando considerado que poucos realmente conhecem a profissão.

- **Fatores limitantes**

A falta de locais próprios para realização de determinadas oficinas terapêuticas, falta de materiais para confecção de produtos e a falta de profissionais desse núcleo no município de Santa Maria e região, o que impedem o encaminhamento dos pacientes para a continuidade do tratamento.

- **Impacto (resultados) no processo de formação do residente –**

Aperfeiçoamento do conhecimento e crescimento profissional e pessoal.

### **Diagnóstico Ocupacional**

- **Justificativa e finalidade da ação**

O diagnóstico ocupacional tem como base as “áreas de ocupação”: Atividade de Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Educação, Trabalho, Brincar, Lazer, Participação social (AOTA, 2002). A maioria dos usuários passa por dificuldade em suas relações sociais e participação em atividades produtivas, de lazer e de autocuidado. A partir deste diagnóstico, junto ao usuário propõe-se minimizar os efeitos indesejáveis do afastamento de suas atividades cotidianas, de forma a fazer e analisando este fazer, assim compreendendo o sofrimento e a angústia, avaliando condições de vida real de cada usuário, o ambiente que se insere, deste modo buscar saída mais pró-ativa para os impasses do cotidiano.

## **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO PSICÓLOGO**

### **Encaminhamento para serviços de acompanhamento psicológico**

- **Histórico**

Os encaminhamentos em sua maioria são destinados para serviços de saúde mental, que contemplam atendimento psicológico, entre outros serviços. Esse encaminhamento é realizado pelo médico residente, sem contato prévio com outro serviço. Nos casos de encaminhamento para serviços de psicologia, especificamente, o psicólogo das unidades de internação da psiquiatria, encaminhava os usuários, por meio de um contato prévio com o serviço para onde o mesmo seria encaminhado. Muitas vezes o paciente não era encaminhado para um serviço em particular, mas recebia indicação de serviços que poderia atender sua demanda. A fim de que o usuário pudesse escolher, geralmente de qual serviço pudesse atendê-lo primeiro. Além de que antes não era oferecido atendimento psicológico no ambulatório de Psiquiatria do HUSM.

- **Finalidade da ação**

Com a grande demanda para atendimento psicológico nas internações hospitalares e tendo, muitas vezes, a impossibilidade de continuidade deste acompanhamento após internação quando o usuário se desvincula do serviço, ou seja, não é encaminhado para o Ambulatório de Psiquiatria do HUSM, faz-se necessário procurar encaminhamentos disponíveis nas redes de serviços e acompanhamento psicológico fora do Hospital.

- **Dinâmica de operacionalização**

Durante a internação é realizado um acompanhamento do usuário internado, assim dentro do seu plano de alta, de acordo com a sua demanda, é realizado contato com os serviços que ofertam atendimento psicológico, encaminhando-se o paciente e valorizando a continuidade do acompanhamento.

- **Fatores limitantes**

A dificuldade de muitos serviços em suprir a demanda de atendimento psicológico.

- **Resultados pretendidos**

Possibilita a continuidade do acompanhamento e uma melhor atenção ao usuário.

### **Estabelecer acordos de prestação de serviços que respeitem os direitos do usuário ou beneficiário de serviços de Psicologia**

- **Histórico**

Na relação com o paciente o atendimento nunca era imposto e era mantido sempre em acordo com o paciente, sempre explicitando para ele as condições sobre as quais o sigilo do atendimento era mantido e as condições na qual seria quebrado (dado fundamental para diagnóstico ou encaminhamento; situações de risco para o paciente ou para outrem e situações de crime). Na atenção ao familiar era sempre explicitado o compromisso do profissional, antes de tudo, com o paciente.

- **Finalidade da ação**

O respeito com os usuários que se utilizam dos serviços da psicologia, na busca de uma perspectiva de humanização das relações e respeito a singularidade de cada sujeito.

- **Dinâmica de operacionalização**

No decorrer dos primeiros contatos do profissional psicólogo com o usuário e familiar, se realiza o esclarecimento descrito acima como parte do estabelecimento de um vínculo terapêutico.

No contato inicial com o paciente se estabelece uma combinação sobre sigilo; o que poderá ser compartilhado com outros profissionais da equipe; bem como sobre a finalidade de cada intervenção, seja ela de núcleo ou de campo.

- **Fatores limitantes**

Limitações cognitivas do paciente, decorrentes da sedação ou do transtorno mental que prejudicam a sua total compreensão dos seus direitos e de outros aspectos das combinações.

A manutenção de certos direitos dos usuários, por vezes, entra em conflito com algumas práticas da unidade. Por exemplo, quando o paciente traz alguma queixa de algum membro da equipe; por um lado pode ser uma situação para qual caiba sigilo, mas o psicólogo, às vezes, precisa revelar para a equipe para contornar a situação. Outro exemplo é o acesso ao prontuário, que é um direito do usuário, mas que é negado em função do seu estado mental (ausência de juízo crítico que poderia levá-lo a revoltar-se contra a equipe).

- **Resultados pretendidos**

O estabelecimento de um melhor vínculo terapêutico com o usuário.

### **Atendimentos individuais**

- **Histórico**

Eram realizados atendimentos individuais aos pacientes internados. Os atendimentos se davam através de entrevistas em sala reservada e também através do acompanhamento individual em atividades coletivas (monitorando ou conversando com um paciente específico na realização de atividades). Os pacientes eram selecionados para atendimento por indicação da equipe, por demanda espontânea ou pelo critério de estarem na primeira internação.

- **Finalidade da ação**

Os atendimentos psicológicos individuais são métodos de tratamento para problemas de natureza emocional, no qual o psicólogo estabelece uma relação profissional com a pessoa que busca ajuda, visando remover ou modificar os sintomas existentes, promover o crescimento e desenvolvimento da personalidade (Cordioli, 1998). Além disso, visa acolhimento e apoio ao usuário em sua vivência de internação.

- **Dinâmica de operacionalização**

A prática de atendimentos individuais acontece à medida que se percebe a necessidade, seja por profissionais da Unidade ou por colegas residentes. Da mesma forma acontece no ambulatório da Psiquiatria, com usuários do Clube da Amizade e com alguns usuários vinculados apenas aos atendimentos médicos ambulatoriais.

- **Fatores limitantes**

A falta de estrutura física.

- **Resultados pretendidos**

Espera-se que a escuta em si fortaleça vínculos e ajude na reorganização psíquica do sujeito atendido. Como processo de formação a escuta, principalmente com pacientes em sofrimento psíquico grave é um campo teórico que exige muito estudo, bem como a definição de referenciais para trabalhar com as diferentes psicopatologias que se apresentam no cotidiano de trabalho, assim a finalidade da formação consegue ser contemplada.

### **Intervenções psicossociais**

- **Histórico**

Eram realizadas mediações de conflitos familiares; pacientes eram levados em visitas ao CAPS; eram realizadas oficinas (horta, música, educação física e inclusão digital) no intuito de promover um alívio da internação, entre estimular aptidões e interesses dos pacientes. O profissional psicólogo se envolvia nos passeios e comemorações da unidade.

- **Finalidade da ação**

Trabalhar conjuntamente as situações de vida, os problemas e as condições resultantes da carência dos meios sócio-econômicos do usuário e/ou da comunidade. Trabalho este que historicamente está relacionado com a psicologia comunitária, que compreende o sujeito a partir de seu contexto social e histórico, visando à conquista da autonomia do mesmo.

- **Dinâmica de operacionalização**

Desenvolve-se durante vários momentos da internação psiquiátrica, bem como com alguns usuários participantes do Clube da Amizade.

- **Fatores limitantes**

A dificuldade de integração da equipe com a proposta da intervenção psicossocial, bem como a limitação da rede de atenção em saúde.

- **Resultados pretendidos**

Pretende-se estimular os usuários em relação a sua autonomia, bem como na possibilidade de trabalhar a partir do olhar de um cuidado integral, entendendo assim, que cada sujeito possui diferentes necessidades e demandas.

Dessa forma, almeja-se a partir da justificativa da integralidade e da valorização dos diferentes saberes, reafirmar a importância da necessidade de se trabalhar com intervenções psicossociais.

## **Atendimentos em grupo**

- **Histórico**

A prática de atividades em grupos no contexto da psiquiatria é uma prática histórica, ou seja, desde o início reuniam-se os pacientes em grupos para trabalhar determinadas atividades terapêuticas. Com a inserção da Residência Multiprofissional e do núcleo da psicologia se fortalece esta proposta e se define grupos de trabalho.

- **Finalidade da ação**

Buscar intervir com os usuários, familiares e equipe, a partir da proposta do trabalho em grupo.

- **Dinâmica de operacionalização**

Acompanhamento semanal de familiares; diariamente com usuários em diferentes espaços da Psiquiatria.

- **Fatores limitantes**

A dificuldade por parte de alguns familiares e usuários, em alguns momentos, sobre o entendimento da eficácia do trabalho em grupo.

- **Resultados pretendidos**

Pretende-se que a dinâmica do trabalho grupal permite trazer uma melhor compreensão das situações que se discute nos grupos. A dinâmica de grupo propicia ainda perceber a presença de conflitos estruturais dos sujeitos, bem como a utilização de papéis no grupo (ZIMERMAN, 1997). Assim, permite suprir a demanda de atendimento, possibilitando a eficácia do mesmo. Além de fortalecer a qualificação para o atendimento em grupo.

**Descrição das atividades de formação prática a serem implantadas ou reprogramadas do núcleo da Psicologia.**

**Integração com a graduação da Psicologia**

- **Justificativa e Finalidade da ação**

Fortalecer o trabalho do psicólogo na Linha de Cuidado, contribuir com a formação do graduando e pós-graduando e divulgar o trabalho da residência.

- **Previsão de implantação**

Segundo semestre de 2012.

## **ANEXO D - UNIDADES COMPLEMENTARES**

### **Atuação na 4ª CRS**

A carga complementar das residentes será realizada na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, no Núcleo Regional de Ações em Saúde, no setor de Saúde Mental. Este tem como objetivo prestar apoio técnico para o desenvolvimento de projetos e programas de saúde e acompanhar a execução das ações suplementares e serviços em saúde, em conjunto com os demais serviços regionais, supervisionando e acompanhando junto aos gestores municipais, a implantação e implementação de ações em saúde mental.

### **FINALIDADE**

- Apreciar o funcionamento da coordenadoria que segue o Decreto 7.508/2011, e da Linha de Cuidado em Saúde Mental do RS.
- Conhecer as microrregiões de saúde e o processo de gestão junto a 4ª CRS.
- Realizar um diagnóstico situacional da região para a implementação do projeto de intervenção a partir do projeto de pesquisa intitulado “Produção de sentido acerca do tratamento pela história de vida da pessoa em sofrimento psíquico”.
- Efetuar visitas às cidades que fazem parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, participando de reuniões com os responsáveis pela saúde local, verificando a dinâmica da gestão local.

### **DINÂMICA DE OPERALIZAÇÃO**

O projeto de intervenção será realizado por meio de uma parceria com a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde a fim de (re) pensar políticas públicas em saúde a partir da escuta de necessidades, perspectivas dos usuários dos serviços de saúde mental. O cenário para a coleta dos dados do projeto de pesquisa intitulado "Produção de sentido acerca do tratamento pela história de vida da pessoa em sofrimento psíquico". A escolha pela unidade de internação do HUSM se justifica por ser um hospital de referência regional.

A partir do relatório da pesquisa será desenvolvido o projeto de intervenção. A ambientação no local da intervenção (4ªCRS) será realizada concomitantemente ao projeto de pesquisa. A problematização aos profissionais de saúde da realidade vivencial dos usuários dos serviços de saúde mental será por meio do plano de intervenção que será planejado com a equipe da 4ª coordenadoria de saúde e com a equipe local do município piloto a partir do projeto de pesquisa intitulado “produção de sentido acerca do tratamento pela história de vida da pessoa em sofrimento psíquico”. A educação permanente será a estratégia utilizada para fomentar o senso crítico reflexivo do fazer em saúde mental.



A educação permanente visa subsidiar os profissionais locais de saúde a fim de que estes possam ser facilitadores dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e assim, prestar apoio matricial compartilhado entre os serviços locais de cada município e/ou entre municípios (regionalização).

Neste sentido, busca-se o planejamento das políticas de Saúde mental por meio da escuta das necessidades e perspectivas dos sujeitos. Logo, a co-responsabilização pelo tratamento por meio de dispositivos de cuidado como o projeto terapêutico singular, clínica ampliada e a possibilidade da construção de um instrumento norteador para a implementação do apoio matricial compartilhado a fim da sensibilização de ações interdisciplinares e intersetoriais; além da promoção à saúde.

Este instrumento norteador, construído a partir da educação permanente, terá um município como piloto sendo posteriormente revisto para sua conformação no cenário da saúde mental da 4º CRS. O município será selecionado a partir de sua disponibilidade de (re) pensar suas ações no cenário de saúde e por dados epidemiológicos no que tange a utilização de serviços de alta complexidade de saúde (índices de reinternação na unidade de internação psiquiátrica do HUSM).

**Carga Horária:** Quatro turnos semanais (totalizando 16 horas), que serão distribuídas semanalmente na quarta-feira e sexta-feira.

## **MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ESF ROBERTO BINATO**

- **Finalidade da ação**

Proporcionar um suporte técnico especializado a equipe da ESF Binato com a finalidade de ampliar o campo de atuação e qualificar a equipe da rede básica para as ações em saúde mental.

- **Dinâmica de operacionalização**

As residentes desenvolvem suas ações nas segundas-feiras (manhã) e terças-feiras (tarde). São discutidos com a equipe os casos de saúde mental atendidos pela unidade básica (muitas vezes os casos são trazidos pelos Agentes Comunitários de Saúde) buscando a partir daí planejar as ações a serem realizadas. Além disso, busca-se visualizar o apoio da rede comunitária, sócio-assistencial e de saúde que possa auxiliar na resolução das demandas postas. São realizadas interconsultas, visitas domiciliares conjuntas, e o grupo de saúde mental (realizado nas terças-feiras às 14hs).

- **Resultados esperados para usuário e serviço**

Proporcionar um suporte técnico-pedagógico aos profissionais da atenção primária.

- **Fatores limitantes**

A resistência de alguns profissionais da equipe.

- **Impacto esperado**

A transformação do processo saúde – doença e da lógica tradicional dos sistemas de saúde (encaminhamento- referencia- contrarreferencia - protocolos).

## **8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**ACSM. Manual de Pesquisa das Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforços e sua Prescrição, Exercício e hipertensão.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan 4ª ed., 2003.

**AMARANTE, P. Organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar: orientações para uma abordagem complexa.** In: Desaulniers, I.(org) Fenômeno, uma teia complexa de relações. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

ARAÚJO, DSMS. et al. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. set-out, 2000.

BRACHT, V. Educação Física: A busca da Autonomia Pedagógica. Revista de Educação Física, V.1, Nº.1, Maringá, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conferência Nacional de Saúde Mental, Relatório Final. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental.** Disponível em: [portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=925). Acesso em: 25 de junho de 2012.

BERLINCK, M. T., MAGTAZ, C. A., TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev Latinoam Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27; 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2.<sup>a</sup> edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF.2007

CAMPOS, G. W de S.; DOMITTI A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Vol. 23, n. 2, p. 399-407, fev, 2007.

CONFED. **Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física.** Rio de Janeiro, 2010.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 272/2002

CUNHA, G.T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica São Paulo:** Hucitec, 2005.

DAMICO, J.G.S. Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física no posto de saúde. In: FRAGA, Alex B.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher:**

**princípios e diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

MIOTO, R. C. T. **Serviço Social e ações profissionais: proposições de um processo investigativo.** Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2006 – Mimeo, Porto Alegre: PUCRS – Palestra proferida em 30/05/2007.

PINHO, L. B de., HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, 2010; abr-jun; 14 (2): 260-267

RAINONE, F; FROEMMING, L. S. As potencialidades das imagens cinematográficas para o campo da atenção em saúde mental. **Lat Am Journal of Fund Psychopath Online.** Vol. 5, n. 1, p. 69-83. São Paulo, 2008.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES E.C. orgs. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.** Barueri, São Paulo: Manole, 2008.

STEIN, C.K. **A educação Física e o programa de saúde da família: mundos que se comunicam.** Anais do XI Congresso Nacional de Educação & III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. PUCPR. Curitiba, 2009.

TAVARES, C.M.M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v.14, n.3, set. 2005.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p.89-111.

TERRA, M.G, SARTURI, F., RIBAS, D., ERDMANN, A. Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. **Esc. Anna Nery. Rev. Enf.** 2006.

VASCONCELOS, E. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias.** Ed. Paulus, Rio de Janeiro, 2004.

ZIMERMAN, D.; OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997. |

WACHS, F. Dissertação de Mestrado. **Educação Física e Saúde Mental: Uma Prática de Cuidados Emergentes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.