

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**A reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de
trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial**

Elitiele Ortiz dos Santos

Pelotas, 2014

ELITIELE ORTIZ DOS SANTOS

**A reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de
trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Pelotas, como
requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Ciência.

Orientadora: Prof^aDr^a Valéria Cristina Christello Coimbra

Co-orientadora: Prof^aDr^a Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S237r Santos, Elitiele Ortiz dos

A reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial / Elitiele Ortiz dos Santos ; Valéria Cristina Christello Coimbra, orientadora ; Luciane Prado Kantorski, coorientadora. — Pelotas, 2014.

121 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Trabalho. 2. Serviços de saúde mental. 3. Saúde mental. 4. Enfermagem psiquiátrica. 5. Reforma dos serviços de saúde. I. Coimbra, Valéria Cristina Christello, orient. II. Kantorski, Luciane Prado, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Elitiele Ortiz dos Santos

**A reunião de equipe enquanto espaço para a
organização do processo de trabalho de um Centro de
Atenção Psicossocial**

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciência, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 17/12/2014.

Banca examinadora:

Prof^a Dr^a Valéria Cristina Christello Coimbra (Orientadora). Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo.

Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski (co-orientadora). Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo.

Prof^a Dr^a Michele Mandagará de Oliveira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

AGRADECIMENTOS

À **Deus** que está sempre comigo, guiando e protegendo meus caminhos.

À **Minha família**, por todo o seu amor e apoio, são quem me encorajam na busca dos meus sonhos. Um agradecimento em especial a minha mãe **Aline**, irmã **Elisagela**, e ao meu pai **Fileto** (sempre na memória) meus maiores exemplos de amor, respeito, e perseverança.

Ao meu amor, **Rafael**, que sempre com muito carinho e paciência enche meus dias de paz e felicidade.

À Professora **Dr^a Valéria Cristina Christello Coimbra**, pelo acolhimento no mestrado, e que pacientemente me compreendeu em todos os momentos que precisei. Seu incentivo e apoio foram fundamentais.

À Professora **Dr^a Luciane Prado Kantorski**, pela co-orientação, e sempre ter me acolhido. É um exemplo de pessoa e profissional, sua dedicação pelos outros, e pelo que faz, me inspira muito.

Aos membros da banca: **Dr^a Ana Paula Muller de Andrade**, **Dr^a Michele Mandagará de Oliveira**, **Dr^a Vanda Jardim**, **Dr. Leandro Pinho**, por compartilhar seus conhecimentos, e pelas valiosas contribuições que enriqueceram o presente trabalho.

À Professora e amiga **Msc. Janaína Quinzen Willrich**, que me apresentou a saúde coletiva e saúde mental e proporcionou momentos de convivência e aprendizado que sempre levarei comigo.

Aos Colegas e amigos do **Grupo de Pesquisa em Saúde Mental**, com os quais aprendi a trabalhar em grupo, com descontração e construção do conhecimento. Uma experiência que contribuiu muito na minha formação.

Às amigas que a vida me deu de presente, **Adri e Cris**, pelo companheirismo, força e incentivo incansáveis

À **Suélen, a Lia, a Daiane, Paola, e Luciano**, amigos queridos, que em muitos momentos me fortaleceram, dividiram ansiedades e dúvidas e compartilharam alegrias e conquistas.

À **Ariane e Milena**, pela amizade, companheirismo, e ricas discussões durante a coleta de dados dessa pesquisa.

Aos **meus colegas e aos professoras do mestrado da Fen/UFPel** com as quais dividi esse momento que foi muito tão importante da minha vida, a realização de um sonho.

*Aos amigos, colegas, e estudantes que me acolheram na **Escola SENAC-Pelotas (RS)**, o meu primeiro emprego! Confiaram em mim e me desafiaram, me ensinaram o verdadeiro sentido de “aprender ao ensinar”. Um agradecimento especial aos colegas da Enfermagem: **Cândida, Andreia, Flávia, Nélida, Mariana, Monique, Patrícia, Aline, Henriette, Ana Paula, Ana Maria**, e principalmente a minha coordenadora e amiga **Viviane Gomes**.*

*Aos **trabalhadores e usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Joinville/SC**, por aceitarem participar da pesquisa, e além disso, receberem de portas abertas, dispostos a apresentar seu modo de trabalho, suas experiências, avanços e retrocessos. Meus sinceros agradecimentos e admiração.*

*Agradeço **aqueles que fazem parte do meu dia a dia e/ou colaboraram para a realização dessa pesquisa**, mas que por um descuido posso não ter mencionado. Muito obrigado!*

RESUMO

SANTOS, E. O. **A reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial**. Pelotas, 2014. 123p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas-RS, Brasil.

A organização do processo de trabalho em saúde mental sofre influência da divisão social e técnica do trabalho, típica do modo taylorista de produção na sociedade capitalista. Com o advento da Reforma Psiquiátrica foram criados serviços do tipo CAPS, que apresentam uma proposta de trabalho em equipe com a valorização de espaços coletivos para o envolvimento de todos na elaboração e planejamento das práticas de cuidado, sendo a reunião de equipe apontada como um espaço promissor nesse contexto. Diante disso, essa pesquisa tem como objetivos analisar a compreensão dos trabalhadores sobre a reunião de equipe, suas formas de participação na reunião, considerando aspectos de compartilhamento dos saberes, responsabilização conjunta, e identificar as potencialidades da reunião como espaço de gestão na micropolítica do serviço de saúde. É uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso que utiliza dados das duas edições da Pesquisa de Avaliação de CAPS da região sul do Brasil realizadas em 2006 e 2011 e que teve reabertura do caso em 2014. O cenário do estudo foi o CAPSII de Joinville/SC com o grupo de interesse dos trabalhadores. Foram analisadas 35 entrevistas semiestruturadas e 53 horas de observação registradas em diário de campo das edições de 2006 e 2011. O retorno ao campo aconteceu em 2014 para reciclar os dados, a fim de esclarecer questões que apareceram nas edições anteriores e compreender o momento atual. Durante a reciclagem de dados realizou-se 168 horas de observação de campo e foi desenvolvido o grupo de negociação com a presença de 17 trabalhadores. A análise dos dados foi realizada a partir da categoria analítica que emergiu do marco teórico-metodológico – Processo de trabalho – buscando-se compreender as formas de organização do processo de trabalho. Os resultados evidenciaram que as reuniões de equipe se apresentam como uma proposta de organização do trabalho afastada daquela organização tradicional taylorista, considerada um espaço estratégico para a organização do processo de trabalho por ser realizada frequentemente e reunir aqueles trabalhadores que executam as práticas em um mesmo espaço coletivo potencial para o planejamento das ações e interdisciplinariedade. Na reunião, os profissionais decidem democraticamente os encaminhamentos necessários assumindo co-responsabilidades com segurança no processo de trabalho. Também observou-se que as reuniões de equipe são espaços potenciais para que a equipe desenvolva a gestão no cuidado do serviço de saúde. A gestão do cuidado foi identificada como a construção do Plano Terapêutico Singular e a discussão de questões administrativas do serviço, ambas com o propósito de qualificar as práticas de atenção ofertadas pelo CAPS. Os tensionamentos identificados nesse estudo, reforçam a necessidade de uma participação democrática e efetiva de todos os trabalhadores na reunião, independente de qual a formação ou função que desempenham no serviço. Assim, cabe aos trabalhadores o modo de conduzir a reunião de equipe, aproveitando ao máximo de sua proposta de trabalho coletiva a fim de melhorar a eficiência e a eficácia das práticas exercidas no serviço.

Descritores: Trabalho; Serviços de Saúde Mental; Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

SANTOS, E. O. **The team meeting as an area for the organization of the work process of a Psychosocial Care Center.** Pelotas, 2014. 124p. Dissertation (Master Course) – Post-Graduate Program in Nursing. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas-RS, Brazil.

The organization of the work process in mental health is influenced by the social and technical division of labor, typical of the Taylor mode of production in the capitalist society. With the advent of the Psychiatric Reform was created services type CAPS, presenting a proposal for teamwork with the valuation of collective spaces for everyone's involvement in the preparation and planning of care practices, with the team meeting identified as a promising area in this context. Therefore, this research aims to analyze the understanding of workers about the team meeting, their forms of participation in the meeting, considering sharing aspects of knowledge, joint ownership, and identifying the meeting as potential management space in the micro-politics of service health. It is a qualitative research of case study using data from the two editions of the CAPS Evaluation Research in the south of Brazil held in 2006 and 2011 and had reopened the case in 2014. The study setting was the CAPSII of Joinville / SC with the interest group of workers. We analyzed 35 semi-structured interviews and 53 hours of observation recorded in a field diary editions 2006 and 2011. The return to the field occurred in 2014 to recycle the data in order to clarify issues that have appeared in previous editions and understand the present. During the recycling data held 168 hours of field observation and was developed trading group with the presence of 17 workers. Data analysis was performed from the analytical category that emerged from the theoretical and methodological framework - Working process - seeking to understand the forms of organization of the work process. The results showed that team meetings are presented as a proposed organization of work away from that traditional Taylorist organization, considered a strategic space for the organization of the work process to be performed often and gather those workers who perform the practice in the same space collective potential for the planning of actions and interdisciplinarity. At the meeting, the professionals decide democratically necessary referrals assuming safely co-responsibility in the work process. Also noted that staff meetings are potential spaces for the team to develop the management in the care of the health service. The care management was identified as the construction of the Singular Therapeutic. The tensions identified in this study reinforce the need for a democratic and effective participation of all workers at the meeting, regardless of what the formation or function they perform in service. Thus, it is for workers how to lead the team meeting, making most of its proposal for collective work to improve the efficiency and effectiveness activities carried out in service.

Descriptors: Work; Health Care Reform; Mental Health Services; Mental Health; Psychiatric Nursing.

SUMÁRIO

Apresentação.....	8
I Projeto de Pesquisa.....	11
II Relatório de Trabalho de Campo.....	80
III Artigo I:Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho.....	106

Apresentação

Esta dissertação apresenta um estudo sobre as reuniões de equipe de um Centro de Atenção Psicossocial, que teve a finalidade de conhecer a percepção dos trabalhadores sobre esse espaço.

A micropolítica dos serviços de saúde mental se mostrou um campo de interesse para o estudo, pois acredito que é neste local que acontecem as práticas de trabalho capazes de transformar as realidades destes serviços. Assim, entende-se que a produção de saúde individual e coletiva nos serviços de saúde mental depende principalmente da forma como o processo de trabalho se organiza para gerir a micropolítica do serviço de saúde.

Diante dessas considerações, percebe-se que não é um trabalho neutro, pois tenho claramente uma posição em defesa dos serviços substitutivos de atenção a saúde mental, e sobretudo, de uma prática de trabalho coletiva, potencializada na micropolítica, em espaços que apresentem uma proposta democrática, com trocas e envolvimento dos trabalhadores com aquilo que produzem.

Meu interesse pela atenção em saúde mental surgiu no início da graduação numa disciplina curricular que ofertou estágios no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) da cidade de Pelotas. Neste local, pude conhecer o cuidado em liberdade, aquele que não aprisiona, mas que liberta pra vida, para os espaços, se apresentando como uma possibilidade diferenciada de cuidado daquela manicomial.

Logo, tive a oportunidade de me inserir no Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Fen-UFPel, o que me possibilitou participar de duas

grandes pesquisas de Avaliação de Serviços de Saúde Mental, são elas: REDSUL¹- “Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial” desenvolvida em 2010; e CAPSUL²- “Avaliação dos Centros de Atenção psicossocial da região sul do Brasil” desenvolvida em duas edições, no ano de 2006 e em 2011.

Foram pesquisas que me aproximaram ainda mais do cotidiano dos serviços de saúde mental do tipo Serviço Residencial Terapêutico e Centros de Atenção Psicossocial, e além disso, me permitiram problematizar as práticas de cuidado ofertadas por esses locais, fortalecendo minha posição enquanto militante da Reforma Psiquiátrica em defesa da integralidade e humanização da atenção a todas as pessoas.

Durante a graduação também estive inserida em um Centro de Atenção Psicossocial vinculado ao Programa de Educação pelo Trabalho (PET- Saúde Mental). Aquela aproximação com o serviço gerou em mim inquietações relacionadas ao processo de trabalho da equipe. Em muitos momentos me questionava sobre os elementos do processo de trabalho e sobre o modo de organização da equipe. Ficava evidente o empenho e o carinho dos profissionais junto aos usuários, contudo, notava-se um processo de trabalho fragmentado em especialidades profissionais, e uma rotina de trabalho sem planejamento, com pouca comunicação entre a equipe. Me questionava sobre desafio diário daqueles profissionais em tentar consolidar uma prática de cuidado que fosse ao encontro da proposta do serviço, e sobretudo, da necessidade dos usuários.

Compreendo que na saúde mental os saberes e práticas foram sendo modificados ao longo dos anos, determinados por construções históricas e sociais que demonstraram a ineficácia da psiquiatria hegemônica e práticas manicomiais, mas que muitas vezes se fazem presentes nos serviços substitutivos.

No mestrado, procurei uma disciplina que me ajudasse a pensar o processo de trabalho. Fui apresentada ao Marxismo que me auxiliou a entender a dimensão do trabalho na sociedade, e sua centralidade na vida do homem. Marx faz uma análise

1. Pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa de avaliação de experiências inovadoras em composição de redes de atenção psicossocial, financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, através do edital 33/2008 CNPq em parceria com o Ministério da Saúde.

2. Pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil, financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, através do edital 07/2005 MCT- CNPq em parceria com o Ministério da Saúde.

do processo de trabalho que é realizado na sociedade capitalista cuja a finalidade é a obtenção de lucros mediante relações de trocas. Também me aprofundei em conceitos Tayloristas sobre a organização do processo de trabalho, sua divisão social e técnica para aumentar a produtividade no modo capitalista de produção.

Diante do exposto, percebi a grande influência desse contexto macropolítico e social sobre as práticas, marcado pela busca da intensa produtividade no modo capitalista, e por relações verticais, médicas hegemônicas, com práticas fragmentadas advindas do modelo manicomial historicamente constituído. Assim, são influências que operam nos serviços de saúde, e por vezes capturam aquele processo de trabalho que acontece na micropolítica, desafiando as práticas de trabalho e as políticas de saúde mental atualmente instituídas que preveem um processo de trabalho coletivo, interdisciplinar e com responsabilização conjunta.

Por essas considerações, ao ler o relatório do CAPSUL II me chamou a atenção o modo de organização do processo de trabalho de um CAPS que foi o objeto de estudo da referida pesquisa, o CAPSII de Joinville/SC. Fiquei encantada ao ler as entrevistas e os diários de campo da coleta de dados de 2006 e 2011 e perceber o envolvimento da equipe no seu processo de trabalho. Identifiquei o modo de organização diferenciado, pois enfatizavam a importância de se organizarem em miniequipes e desenvolverem reuniões diárias para o planejamento e organização das atividades. Diante disso, percebi na reunião de equipe um espaço potencial e indispensável na organização do processo de trabalho, pois se apresentou nos relatos, como estratégico na busca de um processo de trabalho capaz de romper com a divisão social e técnica historicamente constituída.

Estava decidida a conhecer mais sobre aquele processo de trabalho, aquelas miniequipes e as “famosas” reuniões diárias. Assim, emergiu minha escolha por trabalhar com a reunião de equipe do Centro de Atenção Psicossocial e analisar a compreensão dos trabalhadores sobre a reunião, e suas formas de participação nesse espaço.

Portanto, para apresentar a dissertação que foi desenvolvida durante o mestrado, atendendo o preconizado pelo programa de Pós Graduação da Fên-UFPeI, foram organizadas as seguintes partes:

I Projeto de Pesquisa: Qualificado no mês de fevereiro de 2014. Está versão inclui as modificações que foram sugeridas pela banca examinadora no exame de qualificação.

II Relatório do Trabalho de Campo: Relata o caminho que percorri de coleta e análise dos dados até a finalização da presente dissertação de Mestrado.

III Artigo de sustentação da dissertação: “Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho”. O artigo de defesa será submetido à publicação na *Revista Texto & Contexto*, após a defesa da dissertação com a incorporação dos ajustes que forem solicitados. Os demais objetivos e dados continuarão sendo trabalhados e serão divulgados posteriormente.

I PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Projeto de Dissertação

**A reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de
trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial**

Elitiele Ortiz dos Santos

Pelotas, 2014

ELITIELE ORTIZ DOS SANTOS

**A reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de
trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial**

Projeto de Dissertação apresentado à
Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal de Pelotas, como
requisito parcial para a obtenção do título
de Mestre em Ciências. Linha de
Pesquisa: Enfermagem em Saúde Mental
e Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^aDr^a Valéria Cristina Christello Coimbra

Coorientadora: Prof^aDr^a Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2014

Lista de Figuras

Figura 1 - Círculo Hermenêutico Dialético.....	51
Figura 2 - Cidade de Joinville – SC.....	57

Lista de Quadros

Quadro 3 - Recursos necessários para a implementação do projeto.	63
Quadro 4 - Cronograma de execução das atividades.	64

Lista de abreviaturas e siglas

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD

Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II

Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil– CAPS I

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq

Faculdade de Enfermagem- Fen

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

Paraná- PR

Pesquisa de Avaliação de CAPS da Região Sul do Brasil – CAPSUL

Rio Grande do Sul – RS

Santa Catarina – SC

Sistema Único de Saúde- SUS

Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Sumário

1. Introdução.....	20
2. Objetivo geral	24
2. 1 Objetivos específicos.....	24
3. Referencial Teórico	25
3.1 O processo de trabalho e sua organização na visão Marxista	25
3.2 O processo de trabalho em saúde sua organização e especificidades na área da saúde mental.....	29
3.3 A gestão na micropolítica do serviço de saúde.....	42
4. Metodologia	47
4.1 Caracterização do estudo.....	47
4.2 Caminho teórico metodológico.....	48
4.3 Instrumentos para a coleta de dados.....	52
4.4 Sujeitos do estudo	55
4.5 Local do estudo	56
4. 5.1 Características do município.....	57
4.5.2 A Rede de Atenção Psicossocial de Joinville	58
4.6 Análise temática	60
4.7 Princípios éticos.....	61
4.8 Orçamento.....	63
4.9 Cronograma.....	63
Referências	65
Anexo	76
Apêndice.....	77

1. Introdução

Este estudo se propõe a estudar a reunião de equipe enquanto um espaço para a organização do processo de trabalho dos profissionais inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial. A micropolítica dos serviços de saúde se mostrou um campo de interesse para a pesquisa, pois se acredita que é neste local que acontecem as práticas de trabalho capazes de transformar as realidades.

É na micropolítica dos serviços de saúde que operam as relações de trabalho entre os vários atores carregados de interesses, valores e projetos, os quais em conjunto constituem uma rede complexa e em transformação com estabilidade para construir uma dada realidade organizacional (CECÍLIO, 2007). Este campo é marcado por saberes, sentimentos e relações de poder, sendo propício para que o trabalhador explore e invente novas formas de operar em seu processo de trabalho (CECÍLIO, 2007; MERHY, 2007).

O trabalho na perspectiva Marxista configura-se como categoria central na vida do homem, e para a compreensão de uma dada sociedade. É através do trabalho que o homem encontra utilidade para sua ação num processo de modificação da natureza ao mesmo tempo de construção e transformação de sua condição humana e do cenário sócio-histórico no qual se insere (MARX, 1980).

São três elementos que examinados de forma articulada, definem o processo de trabalho: a atividade adequada a um fim, que é o próprio trabalho; os meios de trabalho que seria o instrumental utilizado para atuar sobre a matéria, sendo está também considerada o objeto que se aplica o trabalho. Logo, tem-se como resultado do processo de trabalho, resposta à uma necessidade humana sentida antes mesmo de ter ocorrido a ação (BRAVERMAN, 1987).

Na área da saúde e da saúde mental, o processo de trabalho tem elementos e processos próprios, contudo, também se realiza para atender uma necessidade

humana (MERHY, 2007). Em saúde mental o processo de trabalho se revela na prática dos profissionais inseridos nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. O objeto do processo de trabalho é o indivíduo em sofrimento psíquico em toda sua existência, incluindo os aspectos físicos, psicológicos, sociais de habitação, educação, trabalho e lazer. Os instrumentos utilizados vão além da medicação, sendo principalmente valorizados estratégias e atos em saúde como a escuta, o desenvolvimento do vínculo, a responsabilização a fim de que o indivíduo seja reconhecido enquanto cidadão. Dessa forma, a reabilitação psicossocial emerge como a finalidade central do processo de trabalho em saúde mental (OLIVEIRA, ALESSI, 2003).

Taylor ao analisar o trabalho na sociedade capitalista destaca a divisão social e a divisão técnica do trabalho como as principais formas de organização do processo de trabalho. A divisão social fragmenta os trabalhadores em ocupações específicas, de forma que se tornam especializados em uma determinada função. Com a divisão técnica do trabalho, ocorre que os profissionais responsáveis pelo trabalho manual são separados daqueles que realizam o trabalho intelectual, de gerenciar, planejar e coordenar o processo de trabalho (BRAVERMA, 1987).

Essa conformação organizacional do processo de trabalho exerce forte influência na organização micropolítica do processo de trabalho em saúde. Campos (2010) argumenta que tradicionalmente os serviços de saúde tem se organizado com base no saber das profissões e das categorias profissionais. Na prática, o trabalho em saúde apresenta características de um trabalho fragmentado técnico e socialmente. Há uma fragmentação em especialidades que se reflete em ações específicas em saúde e uma hierarquia baseada nas categorias do saber/poder profissional.

Ainda, o processo de trabalho dos profissionais em saúde mental foi historicamente marcado por práticas de violência e exclusão aos indivíduos em sofrimento psíquico, e os trabalhadores não se organizavam com vistas a desenvolver ações conjuntas (SANTIAGO, YASUI, 2011). As práticas em saúde eram focadas na doença e tinham como finalidade a cura, a remissão dos sintomas do transtorno psíquico por meios físicos e químicos coercivos (OLIVEIRA, ALESSI, 2003).

Neste contexto, o saber médico exercia hegemonia sobre as demais profissões, que detinham um saber/poder sobre os indivíduos em sofrimento psíquico. Costa- Rosa (2000) argumenta que as formas de organização institucional eram centradas em organogramas piramidais, com um modelo de organização estabelecido por relações verticais entre os trabalhadores.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, houve uma proposta de mudança sobre a concepção de saúde e doença mental e consequentemente sobre a organização do processo de trabalho em saúde mental na micropolítica dos serviços de saúde. Neste contexto, conforme afirma Basaglia a doença é colocada entre parêntese na vida do indivíduo (AMARANTE, 1996), de modo que os aspectos psicológicos e sociais se tornaram de importante compreensão para a elaboração de práticas de cuidado.

Frente ao reconhecimento da complexidade do cuidado em saúde mental, ações pontuais e específicas foram reconhecidas como incapazes de dar conta das necessidades dos usuários, exigindo portanto, um processo de trabalho que se organizasse para elaborar intervenções interdisciplinares, sem restrição a uma especialidade, mas com vistas ao debate entre as várias disciplinas, com troca de saberes e experiência e responsabilização de todos os trabalhadores.

Na prática da Reforma Psiquiátrica, surgiram as experiências de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, dentre estes, o CAPS recebe destaque, pois tem a responsabilidade de cuidar de indivíduos com transtornos psíquicos graves através de práticas interdisciplinares e com responsabilização conjunta entre os trabalhadores.

Concorda-se com Barros (2009) quando afirma que os profissionais precisam investir e fortalecer espaços coletivos de discussões de casos, planejamento e decisões conjuntas. O autor entende que as reuniões de equipe são a base para organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde, de modo a proporcionar que os trabalhadores tenham maior clareza sobre os papéis que desempenham em tais instituições.

Entende-se também que a reunião de equipe é um espaço coletivo possível de se realizar a gestão do serviço, no sentido de garantir que o poder seja de fato compartilhado entre os profissionais, mediante análises, decisões e avaliações coletivamente construídas (BRASIL, 2009).

Na perspectiva de Campos (2003) a gestão deve ser feita de forma compartilhada, com decisões coletivas, planejamento conjunto de projetos e intervenções com vistas a uma maior implicação dos trabalhadores com aquilo que produzem.

Vale ressaltar que a reunião de equipe não é um momento para que um membro da equipe distribua tarefas a outros. Reuniões se faz com diálogo, respeito, direito a voz e opinião entre os profissionais (BRASIL, 2009) de forma que aqueles trabalhadores que executam a ação sejam os mesmos que a planejam no espaço coletivo da reunião.

Campos (2005) define como gestão colegiada, aquela gestão dos serviços de saúde que tem por objetivo ser democrática, rompendo com organogramas piramidais e constituindo unidades de produção com equipes interdisciplinares que conciliam compartilhadamente objetivos e finalidades no trabalho em saúde.

Segundo Campos (2010) o paradigma ideal de gestão em saúde deve reconhecer e conviver com uma autonomia dos trabalhadores. Portanto, entende-se que os CAPS são serviços favoráveis para o estudo de gestão, já que cabe a estes serviços se autogerir, sendo de responsabilidade da equipe a construção da estrutura organizacional, o desenvolvimento das atividades e o processo de gestão interna (SILVA, LANCMAN, ALONSO, 2009).

Justifica-se realizar esta pesquisa tendo em vista a necessidade de reflexões e discussões sobre estratégias que possam superar a divisão social e técnica do trabalho em saúde mental tais como as reuniões de equipe entendidas como espaços potenciais para gestão do processo de trabalho na micropolítica dos Centros de Atenção Psicossocial.

Diante do exposto, este estudo tem como pressuposto que **a reunião de equipe é um espaço propício para que os trabalhadores organizem seu processo de trabalho tornando-se potencial para que se realize a gestão da micropolítica do Centro de Atenção Psicossocial.**

Dessa forma, emerge a seguinte questão norteadora:

Qual a compreensão dos profissionais sobre a reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho e com potencial para a gestão da micropolítica do Centro de Atenção Psicossocial?

2. Objetivo geral

Analisar a compreensão dos trabalhadores sobre a reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho na micropolítica de um Centro de Atenção Psicossocial.

2. 1 Objetivos específicos

Conhecer formas de participação dos profissionais na reunião de equipe, considerando aspectos relacionais, de compartilhamento dos saberes e responsabilização conjunta.

Identificar a compreensão dos trabalhadores sobre as potencialidades da reunião de equipe que a constitua como espaço de gestão na micropolítica do serviço de saúde.

3. Referencial Teórico

O referencial teórico de Karl Marx norteará a análise do processo de trabalho. Esse referencial considera o trabalho como uma categoria central da vida do homem inserido na sociedade capitalista de produção. O trabalho é força pela qual o homem transforma a natureza com o objetivo de satisfazer as suas necessidades físicas e sociais e se reafirmar em um dado contexto sócio-histórico constituído.

Em Gastão Wagner de Sousa Campos será apoiado a análise de gestão dos serviços de saúde. Sob esta visão é possível compreender a gestão como um espaço de intervenção composto por trabalhadores que objetivam aprimorar mudanças nos modos de cuidar e de gerir as organizações de saúde.

3.1 O processo de trabalho e sua organização na visão Marxista

O trabalho é, em Marx, o alicerce da vida do homem, é o meio pelo qual esse homem encontra utilidade para sua ação num processo de modificação da natureza ao mesmo tempo de construção e transformação de sua condição humana e do cenário sócio-histórico no qual se insere (MARX, 1980).

O processo de trabalho é interpretado como a própria ação humana, concebida para operar junto a instrumentos na transformação de um determinado objeto em um produto ou resultado que sempre responderá a uma necessidade sentida antes mesmo de ter ocorrido a ação. Assim, são três elementos que, examinados de forma articulada, definem o processo de trabalho: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; os meios de trabalho que seria o

instrumental utilizado para atuar sobre a matéria, sendo está também considerada o objeto que se aplica o trabalho (MARX, 1980).

O resultado do processo de trabalho é um objeto modificado segundo às necessidades humanas. Sendo assim, há uma intencionalidade na ação, e os instrumentos são utilizados de forma proposital, caracterizando um processo de trabalho consciente e pensado anteriormente pelo homem. O que se observa no final, pode-se dizer que é a impressão de um projeto que foi mentalizado. É uma característica de idealização e realização que diferencia o trabalho humano de um trabalho realizado pelo animal instintivo (MARX, 1980).

Na concepção marxista o processo de trabalho é compreendido sob as relações de produção capitalista, sendo necessária uma análise diferencial em outro contexto, devido ao entendimento de que o trabalho é executado e organizado em função de uma dada historicidade.

Sob essa perspectiva, no modo de produção capitalista, as necessidades do homem se distanciam da possibilidade de um trabalho que tem como resultado a produção de coisas úteis para si, de forma que não há um valor de uso do produto para quem o produziu. Ocorre uma sobreposição do valor de uso, pelo valor troca. O trabalhador produz para outros, portanto, o resultado do trabalho é uma mercadoria. Assim, não é considerado à vontade própria do trabalhador ao elaborar o seu produto, mas a necessidade à quem esse produto interessar, no caso o empregador capitalista (BRAVERMAN, 1987).

Tem-se agora como finalidade principal do processo de trabalho, o lucro para o capitalista, já que a ele pertencem os instrumentos e a força de trabalho dos que movimentam a sua produção. Este lucro é alcançado pelo trabalho não pago. Trata-se de um valor final da mercadoria que ultrapassa o valor empregado nos meios de produção, é um valor excedente, que se traduz na mais valia, a base do lucro no sistema capitalista, considerado para Marx a mola mestra da economia burguesa (MARX, 1980).

O movimento que se aprofundou nos estudos de organização do processo de trabalho para aumentar produtividade, teve início com Frederick Taylor no século XIX, o qual se empenhou em aplicar métodos de ciência para pensar a organização e o controle do trabalho nas empresas capitalistas.

Taylor ao analisar o processo de trabalho na sociedade capitalista destaca o modo de organização desse processo no interior da indústria, de fábricas, enfim locais onde os instrumentos foram reunidos e utilizados por uma massa de trabalhadores assalariados que vendiam sua força de trabalho ao capitalista. O objetivo do trabalhador era a sobrevivência e o do capitalista a obtenção de lucros.

Nestes locais o processo de trabalho era organizado pela divisão do trabalho: a divisão social do trabalho e a divisão técnica do trabalho. A divisão social do trabalho divide os trabalhadores em ocupações específicas em um mesmo espaço físico. Ocorre um trabalho fragmentado, impossibilitando que o trabalhador acompanhe todo o processo de produção. Dessa forma, o homem acaba por ser subdividido pelo seu trabalho e menosprezado em suas capacidades e necessidades (BRAVERMAN, 1987).

Com a divisão técnica do trabalho houve a separação do trabalho manual do trabalho intelectual. O trabalho manual caracteriza-se pela execução direta da força de trabalho sobre o objeto. Já o trabalho intelectual fica a cargo da gerência científica, a qual reúne trabalhadores incumbidos de pensar, de organizar e planejar sobre como será realizado o trabalho técnico, assim como, a função de controlar o tempo e o ritmo de produção da massa de trabalhadores assalariados, já que estes representavam um custo por cada hora não produtiva (BRAVERMAN, 1987).

Este processo de produção condicionou o homem a executar uma ideia concebida por outro. Um projeto pré-calculado em detalhes idealizado em um lugar distinto de onde ocorre o processo concreto de produção. “As unidades de produção operam com a mão vigiada, corrigida e controlada por um cérebro distante” (MARX, 1980, p. 112-113).

Portanto, tem-se um trabalho técnico executado às cegas, destituído de sentido para quem o produziu, configurando-se em um trabalho alienado. O resultado desse trabalho torna-se alheio e estranho ao trabalhador, e seu trabalho em ato se reduz a uma mera atividade, sem que haja uma compreensão do processo de trabalho como um todo, da articulação entre as partes, da finalidade do trabalho e da importância do trabalhador no processo de produção. Tudo o que é produzido na indústria é resultado de um trabalho que foi realizado por vários trabalhadores e, é o produto de um processo de trabalho que foi organizado de forma parcelada.

A divisão social do trabalho organiza a massa de trabalhadores em ocupações específicas, como robôs planejados para aplicar uma determinada força física. A divisão técnica unifica a massa de trabalhadores alienados responsáveis somente pelo trabalho manual, os quais agora atuam sob o controle direto de uma categoria que se diz mais competente e com capacidade para ditar as regras de melhor produtividade no jogo capitalista.

A divisão do trabalho seguramente favorece a produtividade na perspectiva da máxima obtenção de lucros para o empregador. A divisão social do trabalho aumenta a destreza do trabalhador em determinada atividade, reduz o tempo perdido passando de uma tarefa a outra, além de abreviar o trabalho, permitindo que um homem faça o trabalho de muitos. Quanto a gerência científica, há uma necessidade de poucos homens qualificados para trabalhar nessa função e uma massificação de trabalhadores menos capacitados, com o conhecimento mínimo para realizar determinado trabalho manual (BRAVERMAN, 1987).

Para aumentar a produtividade Taylor propôs métodos de racionalização do trabalho com um sistema de organização e disciplina sob o comando da gerência científica. Além disso, investiu no sistema de hierarquização e fragmentação no processo de trabalho de homens rigorosamente selecionados, que segundo Taylor deveriam ser os mais aptos para realizar as tarefas. Sugeriu também, um incentivo salarial e de prêmios aos trabalhadores como forma de estímulo ao melhor rendimento (TAYLOR, 1960).

Os princípios de administração científica de base taylorista são hoje muito utilizados em projetos industriais, e exercem forte influência em outras áreas já que o capitalismo é o atual modelo que conduz as relações profissionais.

O primeiro princípio se caracteriza pela dissociação do processo de trabalho das especialidades dos trabalhadores. Nesse caso, o administrador tem a responsabilidade de reunir todo o conhecimento dos trabalhadores sobre determinadas tarefas e reduzir essas informações a regras, leis e fórmulas. O segundo princípio é a separação do processo de concepção e execução, no qual todo o trabalho intelectual é banido da oficina e concentrado na gerência, já que a estes pertencem o tempo, o dinheiro e o interesse em aumentar a produtividade. O último princípio é a utilização pela gerência do monopólio do conhecimento dos trabalhadores para controlar cada fase do processo de execução. Elabora-se uma

definição do que deve ser feito, como deve ser feito e o tempo exato para a determinada tarefa. Com esses princípios, torna-se cada vez mais difícil para os trabalhadores compreenderem os processos nos quais operam e tampouco partilhar do crescimento da indústria (TAYLOR, 1990).

Vale ressaltar que o taylorismo teve por objetivo desenvolver métodos de organização do trabalho, e não o de tecnologias, sendo está mais tarde aplicada por Henry Ford em 1913 na fabricação de automóveis. O método fordista se utilizou dos mesmos princípios do taylorismo, entretanto, ampliou a organização da produção ao uso de máquinas e ferramentas especializadas como a linha de montagem e de esteira rolante. O modelo taylorista/fordista disseminou-se pelo mundo influenciando todos os ramos de produção (LARANJEIRA, 1999).

Entender o processo de trabalho sob a crítica do Marxismo e a organização do processo de trabalho na corrente de pensamento taylorista, nos auxilia a compreender o processo de trabalho e sua conformação atual independente da área estudada, uma vez que nessa pesquisa se apresenta como a área da saúde mental, com inúmeras especificidades das quais serão tratadas na construção do próximo tópico, e considerando também que estes processos são próprios de um dado contexto social e histórico.

3.2 O processo de trabalho em saúde, sua organização e especificidades na área da saúde mental

No caso da área da saúde o processo de trabalho tem particularidades no que se refere aos elementos constituintes e a relação que se estabelece entre eles. Mas, assim como outros processos de trabalho, também se realiza para atender uma necessidade humana (MENDES-GONÇALVES, 1992). Da mesma forma, na área da saúde mental o processo de trabalho tem especificidades, contudo a satisfação da necessidade humana é mantida como finalidade principal.

O processo de trabalho em saúde se revela na prática dos profissionais de saúde, os quais inseridos no cotidiano dos serviços produzem saúde para o consumo de indivíduos e comunidades (MENDES-GONÇALVES, 1992). O objeto desse trabalho é o indivíduo, ou grupos doentes, sadios ou pessoas expostas a

riscos com necessidade de medidas curativas e preventivas em saúde; a finalidade do trabalho é a ação terapêutica (PIRES, 1998; MENDES GONÇALVES, 1992).

Quanto ao instrumental utilizado no processo de trabalho, entende-se que é um elemento que requer importante atenção, uma vez que o mesmo, guiado pela finalidade, é o que definirá a produção de saúde que será ofertada pelo profissional. Merhy (2007) unifica uma gama de instrumentos a uma tecnologia e elenca três tecnologias que podem ser utilizadas na área da saúde: as tecnologias leves, no caso a escuta, o vínculo, a responsabilização e o acolhimento, que na verdade são atos que dependem da sensibilidade do trabalhador quanto a importância de aspectos relacionais para o consumo do usuário; por leve- dura entende-se que é o saber estruturado do profissional, o saber básico para exercer a profissão; e as tecnologias duras caracterizam o material concreto, uma máquina e um exame, por exemplo.

Conforme argumenta Merhy (2003) o trabalho em saúde é um trabalho vivo, essencialmente relacional, uma vez que produção de saúde e consumo de saúde se dá em ato, no encontro/relação entre o profissional e o usuário no espaço do serviço. Pode ser uma relação burocrática centrada no modelo prescritivo e de procedimentos ou com hegemonia do saber profissional. De outra forma, pode haver o cuidado com a utilização de tecnologias leves. Assim, se o trabalho não for aprisionado pelas rotinas, normas e equipamentos do serviço poderá ser fonte de um trabalho vivo (COIMBRA, KANTORSKI, 2005).

Na área da saúde mental o processo de trabalho é marcado por consideráveis mudanças no que se refere aos seus elementos constituintes e a relação estabelecida entre estes. Entende-se que tais mudanças estiveram muito entrelaçadas a concepção de saúde-doença mental que se estabeleceram ao longo da história.

A loucura enquanto objeto de trabalho passou a ser reconhecida na idade média, com definições pouco entendidas mas que guiavam para a crença de que era uma manifestação do mal, de modo que o sacrifício e práticas de exorcismo eram os meios utilizados com a finalidade de expulsar do corpo da pessoa aquelas manifestações (AMARANTE, 2011).

Por épocas muitos foram os meios utilizados para tentar expulsar do corpo do louco aquilo que lhe era “anormal”, as práticas em sua maioria tinham os mesmos

objetivos e finalidades, conter/curar os comportamentos através de rituais havendo a necessidade de afastar aquelas pessoas da sociedade. Antes desse entendimento tinha-se o entendimento de que a loucura era um privilégio, um dom divino de pessoas diferentes, e estas eram mantidas afastadas da sociedade por serem consideradas sem razão (FOUCAULT, 2009).

Com o advento da sociedade capitalista aqueles que assim como os loucos eram considerados improdutivos, entre eles os leprosos e os pobres eram encaminhados para espaços como hospitais de reclusão/correção, os quais eram controlados pelo estado. Assim, junto aos “marginalizados” o louco assume a representação social de violência e periculosidade, necessitando de um espaço específico de exclusão e que assumisse um papel de normatização para que voltasse a adotar uma conduta socialmente adequada. Com isso, instaura-se a institucionalização da loucura, como marca dos hospitais gerais (FOUCAULT, 2009).

Sobre a organização do processo de trabalho vale ressaltar que embora a ideia de divisão social de trabalho tenha se originado em séculos passados, com a divisão de tarefa segundo o papel dos gêneros ou por especialidades produtivas, nenhuma sociedade estabeleceu uma subdivisão sistemática e limitada do trabalho em cada especialidade produtiva como ocorreu no processo de consolidação do capitalismo. Já a divisão técnica do trabalho é típica deste tipo de sociedade (BRAVERMAN, 1987).

Para exemplificar melhor a organização do trabalho nas sociedades primitivas, Marx (1987) utiliza-se da ideias de Herskovits, o qual afirma que a divisão do trabalho era em ofícios, uma diferenciação muito ligada ao papel dos sexos. Entretanto, ambos deveriam ser capazes de fazer todos os ofícios eficientemente, e não havia divisão de tarefas dentro de tais ofícios. Ainda havia especialização de homens e mulheres não em técnicas, mas em certos tipos de produto, fazendo-os por completo sem especializar-se em parte dele, e a produção acontecia no espaço urbano no interior das relações familiares e comunitárias (BRAVERMAN, 1987).

Após, quando submetidas ao modo capitalista de produção, as relações familiares e comunitárias foram enfraquecendo dando margem a novos serviços, mercadorias, e início das relações de mercado. Conforme afirma Braverman (1987), com os membros da família trabalhando fora do lar se tornavam menos aptos a cuidar uns dos outros; e com a vizinhança as relações foram reinterpretadas a fim de

excluir responsabilidades mais onerosas. Dessa forma, o cuidado tornou-se cada vez mais institucionalizado, muitas vezes das maneiras mais bárbaras, e cada vez mais difícil aos necessitados que agora estavam inseridos na “selva” das cidades, já que a família, preocupada em ter êxito na sociedade do mercado, não conseguia mais arcar com todas essas responsabilidades.

Ao final do século XVII com o médico Philippe Pinel, na França nasce a psiquiatria. Com a finalidade de estudar a doença mental Pinel liberta do hospital todos que não eram considerados doentes, e classifica os que permaneceram de acordo com os tipos de enfermidade a fim de estudá-las, justificando para isso a necessidade de controle e disciplina. Nesse contexto, o processo de trabalho é centrado no saber médico, cujo objeto de trabalho é a alienação mental que através do tratamento moral poderia ser curada (AMARANTE, 2011).

O cenário pós II guerra mundial causou questionamentos sobre as formas de violência como as pessoas eram tratadas, incluindo as práticas que eram adotadas nos manicômios (AMARANTE, 2011). Com isso, dá-se início à Reforma Psiquiátrica no mundo, a partir de propostas de reformulação da assistência psiquiátrica adotada por vários países, como na Inglaterra com as comunidades terapêuticas, na França desenvolveu-se a psiquiatria de setor, nos EUA teve-se a psiquiatria preventiva e comunitária e na Itália aconteceu o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (AMARANTE, 2011). Esta última, liderada por Franco Basaglia em Trieste na década de 70, constitui-se como a principal experiência de transformação do modelo assistencial, uma vez que extinguiu o hospital psiquiátrico e comprovou a possibilidade e efetividade no tratamento de base territorial com recursos políticos, culturais e sociais (AMARANTE, 2011, LANCETTI, AMARANTE, 2012).

No Brasil, um clima de mobilização social se desenvolvia na luta por uma nova ordem social e de saúde, conhecido pelo Movimento da Reforma Sanitária que teve impulso em 1986 na XVIII Conferência Nacional de Saúde, a qual contou com a participação de usuários, trabalhadores, e familiares para encaminhar sugestões de mudança a saúde capaz de privilegiar a todos os brasileiros, com propostas de uma atenção gratuita, pautadas em ações de integralidade, equidade e universalidade do acesso. Tais mudanças foram instituídas mais tarde na legislação brasileira, pela Constituição de 1988 e nas Leis 8080 e 8142 de 1990, reafirmando a importância de

construir um Sistema Único de Saúde (SUS) que atendesse as necessidades individuais com descentralização de ações, hierarquização e participação social.

Numa perspectiva micropolítica, os reflexos com a implementação do SUS ficaram evidentes no processo de trabalho das equipes, pois quando a integralidade é colocada em pauta, o saber de um profissional torna-se insuficiente, oportunizando espaço para o protagonismo da interdisciplinaridade e responsabilização conjunta.

Nesse clima de transformações, destaca-se a iniciativa da Reforma Psiquiátrica que teve por base a experiência da Psiquiatria Democrática Italiana e aconteceu em 1978 com a crise Nacional do DINSAN (Divisão Nacional de Saúde Mental/Ministério da Saúde), a qual era composta por quatro Instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro. Os trabalhadores desses locais declararam greve seguida de muitas demissões, devido a sérias denúncias de irregularidades como violência, estupro e mortes não esclarecidas; reivindicações trabalhistas e o tratamento precário (AMARANTE, 2011).

Muitos eventos políticos e experiências também foram importantes para a consolidação deste movimento, dos quais cita-se em 1978 o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (SC), o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (RJ); em 1979 o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (SP), o III Congresso Mineiro de Psiquiatria (MG); em 1980 o I Encontro Regional de Saúde Mental (RJ), o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental paralelo ao V Congresso Brasileiro de Psiquiatria; em 1985 o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (ES); 1986 o I Encontro Estadual em Saúde Mental (RJ); 1987 o II Encontro de Coordenadores de Saúde mental da Região Sudeste, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (RJ) e II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (SP); em 1992 a II Conferência Nacional de Saúde Mental (DF) (AMARANTE, 2011).

Nesses espaços eram fomentadas críticas ao modelo repressor da psiquiatria, discutia-se sobre alternativas ao modelo asilar dominante, os problemas decorrentes da falta de uma política nacional, a importância do controle social, o êxito da Reforma Italiana e entre outros assuntos debatidos e influenciados principalmente por trabalhadores que tinham por objetivo intervir nas políticas de setor e construir um projeto nacional popular e democrático (AMARANTE, 2011).

O ano de 1986 merece destaque pela VIII Conferência Nacional de Saúde. Diferente das anteriores, essa conferência teve a participação popular e colocou em pauta o direito a Saúde e o dever do Estado em garanti-la.

No ano de 1989 houveram dois acontecimentos importantes. A cidade de Santos (SP) ganhou êxito com a experiência do fechamento da Casa de Saúde Anchieta, único hospital psiquiátrico na cidade, com a rápida construção de um sistema exemplar de Saúde Mental pela prefeitura. Também é apresentado no Congresso Nacional do Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado que previa a substituição progressiva dos manicômios por dispositivos de tratamento e acolhimento (KANTORSKI, 2001).

Doze anos após ocorre um avanço no campo jurídico-político com a aprovação da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, considerada Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial nessa área, garantindo direito ao tratamento em ambientes terapêuticos menos invasivos possíveis e provendo a possibilidade de punição em caso de internação desnecessária (BRASIL, 2001).

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica colocam-se em questão além dos saberes em saúde mental, os instrumentos e o objeto de trabalho até então estabelecidos. Redireciona-se o objeto de trabalho da doença para o indivíduo contextualizado, seu sofrimento, suas dificuldades, potencialidades e o modo como lida com todos esses aspectos. Assim, as práticas com o objetivo não mais de cura focam no que há de possível para produzir saúde.

Na perspectiva de Costa-Rosa (2000) há dois modos de práticas em saúde mental: o Modo Asilar e o Modo Psicossocial, sendo que uma das principais diferenças entre eles é a redefinição da concepção do objeto, e dos meios no processo de trabalho em saúde mental, e das formas de organização das relações intrainstitucionais.

No modo asilar foca-se o trabalho no orgânico, sendo a doença o objeto a ser tratado com métodos que incluem a medicação e outros, no qual o sujeito não tem participação e escolhas. A finalidade principal é a supressão dos sintomas, almeja-se a cura, sem qualquer preocupação com outros aspectos da vida do sujeito. A forma de relação entre os profissionais é comparada a modelos piramidais

no sentido vértice-base, no qual o poder é de posse de poucos e a obediência cabe a maioria (COSTA-ROSA, 2000).

De outra forma, tem-se o modo psicossocial que tem por base os preceitos da Reforma Psiquiátrica e propõe um processo de trabalho centrado no indivíduo e em tudo que o atravessa, seus conflitos, sua subjetividade e os aspectos socioculturais de sua vida. Nesta perspectiva preconiza-se a horizontalidade nas relações intrainstitucionais e interprofissionais com diferentes possibilidades de metabolização do poder (COSTA-ROSA, 2000).

Ainda segundo Pinho (2012) no Modo Psicossocial busca-se valorizar e problematizar a contradição entre o tradicional e o inovador, entre a verdade até então absoluta e que agora passa ser “mais uma verdade”. Trata-se de uma desafiadora relação que se estabelece com a clínica, o sujeito, os serviços e a sociedade, uma vez que diariamente os trabalhadores farão o exercício de repensar o cuidado prestado.

Nesta perspectiva, o processo saúde/doença mental é compreendido de forma contextualizada, com a valorização de aspectos relacionados ao modo de vida do sujeito e com importante vinculação entre o conceito de saúde e o de exercício da cidadania, sendo está um elemento fundamental para que se alcance reabilitação psicossocial entendida como a finalidade central do processo de trabalho em saúde mental (OLIVEIRA, ALESSI, 2003).

Saraceno (2001) fortalece o ideário da promoção do exercício pleno de cidadania enquanto uma proposta possível para a Reabilitação Psicossocial, associado também a possibilidade de contratualização do indivíduo em sofrimento psíquico em três importantes cenários da vida, o habitat que representa a apropriação do indivíduo sobre o ambiente doméstico, a rede social como uma perspectiva para o desenvolvimento de vínculos, inserção na comunidade, na família e em instituições que possam lhe oferecer suporte quando necessário, e o trabalho capaz de possibilitar geração de renda, participação no meio social através de trocas materiais e/ou simbólicas.

Também considera-se a Reabilitação Psicossocial um processo que objetiva melhorar as capacidades do indivíduo em sofrimento psíquico com relação aos aspectos da vida, do trabalho, da aprendizagem, socialização e adaptação (LIBERMAN, 1993), ou ainda um “processo pelo qual se facilita ao indivíduo com

limitações, a restauração no melhor nível possível de suas funções na comunidade (HIRDES, 2001, p.65). Por essas considerações, entende-se que para alcançar a Reabilitação Psicossocial os profissionais precisam superar em suas práticas a cisão entre o sujeito e o seu contexto e em comum acordo precisam considerar que o objeto de trabalho da equipe é o indivíduo em toda sua existência. De posse desse entendimento deverão se utilizar de instrumentos que não estão consolidados, mas que são planejados conforme a singularidade de cada sujeito.

As tecnologias leves apresentam-se como instrumentos valiosos a serem utilizados na área da saúde mental, uma vez que há de se considerar que os usuários destes serviços muitas vezes não o procuram em busca de materiais de ponta, equipamentos sofisticados ou a espera de encontrar um profissional que lhe prescreva o que, como e quando fazer, sem interesse pelos seus anseios e possibilidades. Muitas vezes o usuário procura o serviço de saúde mental na expectativa de encontrar profissionais que lhe acolham, que o escute, que considere as suas necessidades e reais condições de vida, que demonstre interesse por aspectos não verbalizados, que se mostre disponível para outros encontros no serviço, e se responsabilize pelas suas necessidades de saúde. Assim, acredita-se que a carência dos usuários dos serviços de saúde mental contemple muito mais tecnologias leves, de caráter relacional do que outras tecnologias disponíveis no local (MERHY, 2007).

É importante que todos os trabalhadores envolvidos no processo de trabalho sejam sensíveis ao uso de tecnologias relacionais e estejam aglutinados em torno de um mesmo eixo de cuidado, de modo que a finalidade do processo de trabalho seja almejada e construída por todos os trabalhadores nos serviços de saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial recebem destaque entre os serviços que buscam trabalhar na perspectiva do modo psicossocial, pois tem a responsabilidade de cuidar de indivíduos com transtornos psíquicos graves, através de práticas de cuidado interdisciplinares realizadas por uma equipe multiprofissional formada por diferentes técnicos de nível superior e nível médio, entre eles o enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico

administrativo, técnico educacional e artesão, e outros profissionais que sejam necessários conforme a demanda do serviço (BRASIL,2002).

São serviços inseridos no contexto do modo capitalista de produção, e sofrem influência das práticas manicomiais, favorecendo que muitas vezes o processo micropolítico de trabalho do serviço seja capturado por um processo macropolítico e social, influenciando portanto, que o primeiro se organize em especialidades profissionais e com relações verticalizadas no que se refere ao planejamento das ações em saúde, ou seja, uma relação de trabalho típica do modo de organização Taylorista.

Como foi tratado anteriormente a organização do processo de trabalho na perspectiva Taylorista dividia os trabalhadores em espaços e funções distintas. Tal concepção exerce forte influência na dinâmica dos serviços de saúde, de forma que tradicionalmente o processo de trabalho dos profissionais da saúde têm se organizado com base no saber das profissões e de categorias profissionais (CAMPOS, 2010).

A organização social do trabalho em saúde pode ser observada quando o planejamento e decisão das ações em saúde na micropolítica do serviço são realizados por uma parcela de trabalhadores, que na maioria das vezes ditam a forma de fazer o trabalho em saúde. É um trabalho organizado de forma verticalizada, no qual a maioria dos trabalhadores que prestam a assistência direta não compreende o significado do seu trabalho e tampouco a importância do mesmo no processo da produção de saúde.

Quanto a organização do trabalho por áreas específicas, acontece que cada profissão centra sua prática na queixa de saúde do usuário, a qual corresponde a sua especialidade. Por essa organização, usuário e trabalhador são fragmentados. O usuário é atendido em partes sem que haja uma conexão entre as práticas, e o trabalhador é menosprezado em suas capacidades.

Dessa forma produz-se a alienação do profissional, uma vez que este é fixado em determinada etapa do projeto terapêutico, limitando-se a realização de algum procedimento, como uma consulta, uma oficina terapêutica. Assim, não se sentirá sujeito ativo no processo de reabilitação, pois além de perder contato com elementos que seriam estimuladores de sua criatividade, não se responsabilizará e/ou se importará com o objetivo final da intervenção. Nesse caso o profissional

trabalha separado de sua Obra, sendo esta o resultado do seu trabalho (CAMPOS, 2007).

Ainda vale ressaltar que a produção de saúde se dá no encontro entre o profissional e o usuário, na forma de relação que se estabelece entre esses sujeitos. Por isso a necessidade de produzir sentido para quem executa a ação. Se não houver sentido, tem-se um profissional condicionado a alienação, sem a sensibilidade para estabelecer o contrato de corresponsabilização no cuidado do sujeito (BRASIL, 2009) e dessa forma há tendência de ocorrer uma falha na produção de saúde do profissional e do serviço de forma geral, pois esse trabalho poderá ser destituído de sentido, e assim, passará a ser realizado de forma mecânica, repetitiva, fragmentado, sem contextualização de todo o processo de produção, constituindo-se em uma tarefa pesada para o trabalhador (BRASIL, 2009).

Há de se considerar ainda, que muitos profissionais também são apegados a protocolos. Dessa forma, ao invés de utilizá-los no sentido de otimizar a organização do trabalho, acabam que desviam o seu olhar da singularidade do sujeito para normas gerais, organizando ações que não contemplam as necessidades dos usuários.

Diante do que foi dito, percebe-se que com a organização fragmentada do processo de trabalho a integralidade do cuidado é posta em risco e o indivíduo não é compreendido enquanto ser humano em suas necessidades de saúde. Para o profissional, o trabalho torna-se frustrante, pois este se sobrecarrega em atividades específicas na esperança de uma resolutividade que não será alcançada com ações pontuais. Além disso, não compreende a importância de seu trabalho e o dos seus colegas no processo de produção de saúde.

As práticas sociais em saúde estão cada vez mais qualificadas (BUJIDOSO, et al., 2007) e isso certamente representa um avanço na eficiência e eficácia nas ações de produção de saúde. A preocupação ocorre quando os profissionais limitam suas práticas a especialidades em detrimento da integralidade e equidade do cuidado em saúde.

Acontece que o anseio inicial é amenizado com uma ação específica, pontual. Entretanto, a necessidade do usuário é de ordem biológica, psicológica e social, é uma demanda complexa que exige uma intervenção interdisciplinar que não

se restringe a atuação de uma especialidade, mas do debate entre várias disciplinas incluindo a possibilidade de articulação com outros setores.

Diante dessas considerações é possível observar que o processo de trabalho na micropolítica do serviço poderá muitas vezes sofrer uma captura de um processo macropolítico e social influenciando as práticas de trabalho.

Entretanto, acredita-se que a própria proposta da política de saúde mental força uma nova organização do processo de trabalho que visa romper com organização tradicional. Portanto, os CAPS embora sofram influência de uma organização Taylorista, são serviços que “nascem” em um contexto político que também valoriza e estimula o trabalho interdisciplinar e a responsabilização conjunta. Além disso, a questão que se coloca não é apenas a organização de um processo de trabalho por categorias profissionais, mas o modo como elas operam na micropolítica do serviço.

Identificamos um processo de trabalho interdisciplinar quando os profissionais contribuem com os conhecimentos de sua disciplina para a superação de determinadas situações. A ação desse trabalho se dá pela incorporação dos diversos saberes que foram modificados em suas especificidades (SOUZA, RIBEIRO, 2013) e que agora atuam em conjunto, em uma única direção, claramente definidos e norteados pelas políticas de saúde (VIEGAS, PENNA, 2013).

Cabe aqui aplicar o conceito de campo do saber sugerido por Campos (2000), que significa saberes e responsabilidades comuns as várias profissões ou mesmo especialidades, já o núcleo de saber seria o conjunto de saberes e responsabilidades específicas de cada profissional. O autor argumenta que mesmo se reconhecendo a superioridade do trabalho em equipe é fundamental identificar claramente o que cada profissional se encarregará de fazer, e este, com ajuda de outros técnicos também com responsabilidade pela situação, buscariam a melhor forma de intervir.

Assim, substituem-se as ações fragmentadas por ações elaboradas no coletivo, pensadas sob vários ângulos e sobre as melhores possibilidades de incorporá-la na vida do usuário, na expectativa de que o serviço esgote ao máximo as potencialidades de articulação e ação em saúde.

Nesse contexto, o Projeto Terapêutico Singular do usuário desafia a organização tradicional do processo de trabalho da equipe, pois pressupõe uma

maior aproximação entre os profissionais para a reflexão coletiva, discussão, compartilhamento de saberes e correponsabilização das ações sem que haja uma sobreposição de conhecimento e poder entre a equipe (BRASIL, 2013).

Na perspectiva de Franco (2003) a gerência do cuidado trata-se da elaboração do Projeto Terapêutico, o qual é pensado a partir das demandas apresentadas pelos usuários do serviço de saúde e que através de ações profissionais objetivam a produção de cuidado. Fakte (2000) amplia a gestão do cuidado para além da elaboração do PTS incluindo a capacidade técnica, política e operacional da equipe ao planejar a assistência ao usuário e coletividade, preocupando-se em promover saúde no âmbito biopsicossocial.

Concorda-se com Cecílio (2007) quando afirma que é na micropolítica dos serviços de saúde que se produz cuidado, no que se refere a dimensão organizacional do cuidado, sendo este balizado pelo trabalho em equipe, atividades de coordenação e comunicação, a definição de fluxos e regras, e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os trabalhadores, tais como as reuniões de equipe, planejamento, avaliação, agendas e protocolos únicos. Dessa forma, o cuidado depende da ação corporativa de vários atores, seus dissensos, diferenças, e disputas com assimetria do poder (CECÍLIO, 2011).

Barros (2009) entende que a reunião de equipe é um espaço potencial para reunir os trabalhadores, com vistas ao planejamento conjunto, a discussão e decisão de casos e situações, de modo que os profissionais dos serviços tenham maior clareza sobre os papéis que desempenham no processo de trabalho da equipe.

É fundamental que tais espaços proporcionem aos profissionais (re)pensarem seu cotidiano do trabalho e as relações entre os membros da equipe, compartilhando anseios, expectativas, dúvidas na busca de consensos mesmo que temporários para a resolução das problemáticas (COLOMÉ, LINES, DAVIS, 2007). A reunião de equipe permite que os profissionais tenham um momento de reflexão sobre suas práticas e estabeleçam um diálogo que unifique os diversos saberes e experiências na construção de ações de cuidado aos usuários.

Para Granado e Dall'agnol (2010) as reuniões de equipe são importantes dispositivos para (re)delinear o trabalho por meio das discussões interdisciplinares dos casos em saúde. A portaria 30.88 de 2011 institui que o trabalho realizado nos CAPS deve ser realizado prioritariamente em espaços coletivos, sendo que a

reunião de equipe é um destes espaços capaz de possibilitar que os profissionais se envolvam na construção do Plano Terapêutico Singular (BRASIL, 2011).

Nos CAPS as reuniões de equipe são frequentemente realizadas e contam com a participação dos profissionais do serviço. Neste espaço, os trabalhadores tem a possibilidade de refletir sobre suas práticas, compartilhar experiências, dividir tarefas e responsabilidades, na perspectiva de que sintam-se membros importantes no serviço (FILIZOLA et al., 2008).

Dall'Agnol e Martini (2003) afirmam que é comum os profissionais se referirem a reunião como uma atividade cansativa, que se configuram como uma perda de tempo, sem objetividade. Porém, seus benefícios são ímpar para o planejamento conjunto, a socialização do conhecimento, e discussões importantes que possam subsidiar tomada de decisões mais acertadas.

As reuniões também proporcionam segurança aos profissionais da equipe para atuarem em seu processo de trabalho, visto que proporciona que todos tenham o mesmo entendimento sobre determinado assunto e usem a mesma “linguagem” nas ações em saúde (COLOMÉ, LIMES, DAVIS, 2007).

Para Vasconcellos (2010) a reunião de equipe configura-se como instância formal de coordenação do trabalho, uma vez que se realiza frequentemente e proporciona que todos os profissionais participem das discussões objetivando encaminhamentos organizacionais para a realização das atividades do serviço.

Entende-se que o espaço da reunião é propício para encaminhar ações interdisciplinares, pois os conhecimentos são compartilhados com ampla participação e contribuição de todos, além disso, há um compartilhamento de saberes, considerando que estes englobam além das contribuições referentes ao conhecimento específico de cada profissão, aqueles advindos da experiência de vida e de prática de cada trabalhador.

As reuniões de equipe são consideradas por Nascimento e Galvanese (2009) atividades realizadas nos serviços, que assumem papel organizativo. Ainda GOMES (2000) ressalta que as reuniões de equipe são espaços fundamentais para que os trabalhadores organizem seu processo de trabalho, de forma a proporcionar uma assistência mais eficiente e eficaz. Para tanto, é fundamental que as reuniões sejam espaços de discussão, reflexão, trocas de idéias e de conhecimento, e não somente uma tentativa de resolver problemas emergenciais.

Portanto, a reunião de equipe se apresenta como uma proposta neotaylorista já que unifica os trabalhadores em um mesmo espaço, oportunizando que todos participem dos processos decisórios, rompendo com a cisão entre o planejamento/execução e entre a fragmentação das ações em saúde.

3.3 A gestão do processo de trabalho na micropolítica do serviço de saúde

Este tópico foi elaborado a partir do entendimento de que as reuniões de equipe são consideradas um lugar, um tempo propício para que se faça gestão (ONOKO CAMPOS, 2003).

A partir do século XX a gerência dos serviços passou a reconhecer que aspectos emocionais influenciam no dia a dia dos trabalhadores e consequentemente no processo produtivo. Portanto, a flexibilidade, a interdisciplina, a criatividade, a parceria e outros fatores que interferem na cultura organizacional e no ser humano foram valorizados, ainda que, na maioria das empresas os trabalhadores estejam presos a tarefas repetitivas e desconectados do processo de produção (CAMPOS, 2000).

Gastão Campos em suas propostas de gestão para os serviços de saúde faz uma forte crítica aos princípios da administração científica propostos por Taylor. O autor afirma que somente alguns princípios foram superados, principalmente no que se refere a racionalidade com que se organiza o processo de trabalho da empresa moderna (CAMPOS, 2000, CAMPOS, 2003, CAMPOS, 2010). O Taylorismo ainda não foi superado com relação a disciplina e o controle dos trabalhadores pelos métodos de gestão, de modo que estes trabalhadores renunciam desejos e interesses e adotam objetivos e objetos de trabalho que são estranhos a eles (CAMPOS, 2000).

O processo de trabalho conforme foi tratado anteriormente se revela na prática dos trabalhadores os quais inseridos na micropolítica dos serviços de saúde desenvolvem relações internas e externas ao serviço. Cecílio (2007) propõe que pensemos a micropolítica das instituições como o conjunto de relações que se estabelecem entre si e os vários atores carregados de interesse, de valores, de projetos, constituindo-se em uma rede complexa, móvel, em transformação e com estabilidade para construir uma determinada realidade organizacional.

A micropolítica do serviço de saúde é um campo marcado por afeto, disputas, acordos, procedimentos, rotinas, criatividade, saberes e é constituído por relações de poder. Cabe ao trabalhador explorá-lo para invenção de novos processos de trabalhos que possam produzir o cuidado (CECÍLIO, 2007; MERHY, 2007).

Merhy (2007) quando se refere a gestão institucional argumenta que o serviço de saúde deveria ser visto como uma “arena”, onde operam agentes distintos com intencionalidades nem sempre comuns em suas ações e não necessariamente contraditórias e que disputam na arena o sentido global de sua missão. Nesse caso, a “arena” seria formada pela interação e intenção dos agentes em conjunto, constituindo um cenário de produção em duplo sentido, tanto de relações como de bens/produtos. Assim a gestão é encarada como uma propriedade de cada um dos agentes e de todos eles ao mesmo tempo.

Ainda na perspectiva do autor a gestão institucional seria “toda a intervenção que possibilitasse “publicitar” os processos de disputas e revelar a contratualidade que os agentes instituem entre si, definindo uma certa “cara” instituída para o serviço”(MERHY, 2007, p.115).

A Política Nacional de Humanização propõe um modelo de gestão centrado no trabalho em equipe, com vistas a uma construção coletiva em espaços coletivos, onde o poder seja de fato compartilhado com decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2009).

Para CAMPOS (2007) um dos principais segredos para assegurar a produção da qualidade em saúde estaria em uma capacidade de gerenciar que não castrasse a iniciativa dos trabalhadores, tampouco deixasse totalmente as instituições à mercê destes. Seria uma adequada combinação entre autonomia profissional com um certo grau de definição de responsabilidade, configurando-se no que o autor chama de autonomia-responsável que pressupõe liberdade, já que o trabalho em saúde está sempre sujeito a enfrentar o inesperado, exigindo-se criatividade, iniciativa e improvisação, e ao mesmo tempo capacidade para responsabilizar-se pelos problemas dos outros. Em suma, esta forma de gerenciar quando muito demandaria uma avaliação externa, uma certa coordenação, supervisão para indicar a correção e o rumo eventualmente necessário, contudo, só

aconteceria quando houvesse envolvimento e interesse dos trabalhadores em uma certa tarefa.

Segundo o entendimento de autonomia interpretado por CAMPOS (2007) amparado nos conceitos Guatarri e Deleuze haveria de se criar instituições que através de esquemas mais horizontais conseguisse distribuir o poder. Na prática isso significa que mesmo quando houvesse discussões democráticas, sempre haveria o momento de “imposição” de um dado programa acordado ao conjunto da organização, e a delegação de responsabilidades aconteceria através de momentos de verticalização nas “linhas de mando”. Haveria de se ter múltiplos arranjos para diversos graus de verticalidade e horizontalidade, ainda descobrindo-se de múltiplas combinações que incluíssem graus de autonomia e responsabilidade dos profissionais.

Observa-se na prática, que alguns profissionais mantêm níveis preservados de autonomia, considerando que trabalham de acordo com a sua própria consciência, estabelecendo compromisso com a humanidade e como saber da sua profissão no geral, frequentemente com o objetivo de defender interesses corporativos e não necessariamente com algum indivíduo em específico e/ou com a invenção de projetos terapêuticos eficazes(CAMPOS, 2007).

Outros profissionais também se condicionam a está situação, muitas vezes não por interesse corporativo como é caso da categoria médica, mas por não estarem comprometidos com a produção de saúde individual e coletiva por motivos diversos, entre eles a forma como se organizam no processo de trabalho em saúde fortalecendo uma fragmentação técnica e social das ações.

Concorda-se com CAMPOS (2007) quando afirma a necessidade de se construir mecanismos que envolvam todos os trabalhadores com a elaboração de novas maneiras de fazer a instituição funcionar. O autor sugere que a Gestão Colegiada poderia servir como um dispositivo para garantir a participação daqueles trabalhadores e assim, contribuir para a desalienação desses, já que possibilita que se comprometam com a missão e projetos institucionais.

Com a Gestão Colegiada haveria uma possibilidade de superação da racionalidade gerencial hegemônica, assim como, quebrar-se-ia a “regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos” (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p.55). Nessa perspectiva, CAMPOS (2000) reforça a

desconstrução da desigual distribuição de poder, resultando em uma descentralização, contudo, sem se desfazer de uma identidade de objetivos.

Na prática da instituição, trabalhar com vistas a gestão colegiada, corresponderia a criar fluxos de ideias, debates, negociação e compromissos, partindo-se da elaboração de temas referentes ao cotidiano e outros a fim de construir sentidos e significados para o coletivo. Entretanto, a possibilidade de participar de fato das decisões estaria intimamente ligado a mudanças no Organograma Formal e sua expressão concreta que se refere as relações entre as pessoas de uma organização. Os membros do coletivo exerceriam o direito e a capacidade de discutir, decidir e planejar, assegurando que para isso, disponham de tempo e informações necessárias (CAMPOS, 2000).

Dessa forma, esse modelo de gestão busca aumentar e solidificar os laços entre os profissionais e o seu trabalho, de modo a conscientizá-los e sensibilizá-los sobre a importância/necessidade desse trabalho para se alcançar a missão institucional através de mecanismos como a democratização na tomada de decisão e compartilhamento de poder a fim de que o trabalhador se sinta implicado não só com os resultados do trabalho mas com a responsabilidade sobre os meios de produção (FARIAS, SANTOS, AGUIAR, 2003).

Neste cenário, todos os membros com qualificações distintas, uns com facilidade e outros com dificuldade de comunicação estariam na prática criando diferentes potencialidades para exercitar o poder, o que no espaço do colegiado se daria de forma igual. Contudo, no final da reunião os profissionais assumiriam seus diferentes papéis no serviço, o enfermeiro, o médico, o coordenador, o profissional dos serviços gerais e outros. A ideia que se busca é que o Colegiado assuma uma dupla função, tanto de instância política com disputa de poder, quanto um local terapêutico e pedagógico, do contrário este trabalho não trará os resultados que se espera, no caso o sucesso institucional e o desenvolvimento de pessoas implicadas com as organizações (CAMPOS, 2000).

Como arranjos propiciados pela Gestão Colegiada, há Unidades de Produção que são construídas por diferentes profissionais e especialistas todos envolvidos com um certo processo produtivo, de acordo com a “identificação de equipes que atuam com objeto de trabalho e objetivos comuns” (CAMPOS, 2000,

p.155). Assim, o que qualifica uma unidade de produção é o seu produto (ONOKO CAMPOS, 2003).

Eliminam-se as gerências e direções especializadas e instituem-se as Unidades de Produção, e todos os coordenadores dessas unidades constituem o Colegiado Gestor, o qual delibera sobre diretrizes gerais e rumos da organização, dos quais as Unidades de Produção não tem autonomia para decidir, por exemplo, com relação a infra estrutura, ampliação de recursos humanos. No mais todas as outras decisões são tomadas pela equipe na própria Unidade de Produção em comunicação lateral com as outras Unidades, e caso não conseguissem por essa via formular novos contratos, o Colegiado Gestor assumiria tal responsabilidade (ONOKO CAMPOS, 2003).

Segundo a mesma autora as Unidades de Produção proporcionariam a governabilidade e autonomia do trabalhador, sendo um elemento fundamental para criar e desenvolver a grupalidade de cada equipe, uma vez que se utiliza de instrumentos como reuniões periódicas e abre a possibilidade de criar processos intermediários entre os membros da equipe (ONOKO CAMPOS, 2003).

Com isso as reuniões de equipe mostram força ao acionar uma possibilidade de transformação da organização do trabalho no CAPS tensionando os trabalhadores a utilizar este espaço de forma compartilhada a fim de potencializar a gestão da micropolítica do serviço de saúde.

Na presente pesquisa, faz se uma ressalva a participação dos usuários na gestão do serviço, pois se entende que os mesmos são atores importantes no processo de construção das ações e avaliação da gestão, de forma que há espaços destinados no serviço para tal finalidade. Entretanto, a gestão em saúde que se desenvolve na reunião de equipe, conforme será abordada neste estudo é destinada aos profissionais do serviço, que motivados e sensibilizados pelo desejo, opinião e posição dos usuários, já discutidos em outros espaços como assembleias, atendimento individual e acolhimento, direcionam as práticas de gestão de forma a organizar ações de cuidado que mais se aproxime daquelas necessidades referidas pelos usuários.

4. Metodologia

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo é um subprojeto da pesquisa de avaliação de CAPS da região sul do Brasil realizada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Trata-se de uma pesquisa que se utilizará de uma coleta longitudinal realizada pela pesquisa CAPSUL no ano de 2006 e 2011, e este estudo prevê a reabertura de caso em 2014.

A primeira edição da pesquisa (CAPSUL I) foi realizada em 2006 nos Centros de Atenção Psicossocial dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, e a segunda edição da pesquisa (CAPSUL II) foi realizada em 2011, caracterizada como uma reavaliação dos serviços (KANTORSKI, 2011).

A pesquisa CAPSUL avalia o serviço em seus aspectos estruturais, de processo de trabalho e resultados dos CAPS. Todos os indivíduos que frequentam o serviço são convidados a participar da pesquisa. São eles: usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores.

A metodologia da pesquisa CAPSUL se desdobra em duas abordagens: quantitativa e qualitativa, que em conjunto retratam as diferentes dimensões do objeto em avaliação (KANTORSKI, 2006, 2011).

A avaliação qualitativa adota a modalidade de estudo de caso, tendo sido aplicada em 2006 nos municípios de Foz do Iguaçu-PR, Joinville-SC, Alegrete/RS e Porto Alegre-RS; e em 2011 os municípios de Foz do Iguaçu/PR, Joinville/SC e Alegrete-RS foram reavaliados. Um CAPS de cada estado participou desta etapa.

Estes serviços foram escolhidos segundo três critérios: adequação do serviço a portaria nº 336/2002; tempo de funcionamento e experiência que possibilitassem aos participantes condições de responder a avaliação sugerida; interesse e disponibilidade para participar da metodologia de avaliação proposta (KANTORSKI, 2006, 2011).

A presente pesquisa de dissertação pretende reabrir o caso de Joinville-SC com vistas a direcionar questões de interesse, que respondam aos objetivos do presente estudo ao grupo de trabalhadores do CAPS. A pesquisadora retornará ao campo em 2014 para realizar uma reciclagem dos dados.

4.2 Caminho teórico metodológico

A presente pesquisa é de natureza qualitativa do tipo estudo de caso. A proposta da pesquisa qualitativa permite ao pesquisador compreender as diversas interpretações dos sujeitos frente aos aspectos de sua vida, suas relações, sua história de vida, crenças, percepções e ideias, enfim um universo de significados pouco conhecido e de grupos particulares (MINAYO, 2010).

Portanto, o estudo qualitativo realizado em serviços de saúde possibilita que haja uma compreensão de aspectos relacionados a dinâmica, as relações, e sentidos subjetivos e simbólicos construídos pelos sujeitos a partir de sua prática. Trata-se de um método que necessita de uma revisão crítica do conhecimento sobre o objeto que está sendo estudado, o uso de técnicas adequadas para a coleta de dados, o desenvolvimento de conceitos, categorias e contextualização dos achados (MINAYO, 2010).

Na abordagem qualitativa o estudo de caso é um método que se mostra adequado quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos, e o enfoque é contemporâneo no contexto da vida real (YIN, 2010). Conforme Ludke e André (1986) a pesquisa tipo estudo de caso tem as seguintes características: descobrir, interpretar o contexto, retratar a realidade de forma profunda e completa, usar uma variedade de fontes de informação, revelar experiência de vida, procurar representar diferentes e/ou conflitantes pontos de vista e permitir generalizações naturalísticas. Para os autores, o estudo de caso tem por objetivo investigar um objeto em específico, bem delimitado e contextualizado.

No estudo de caso as unidades pesquisadas podem ser indivíduos, instituições, grupos e outros contextos complexos. Para coleta de dados é necessário que o pesquisador utilize elementos que se relacione ao objeto de pesquisa, como entrevistas, observação, enfim o material disponível que possibilite responder aos objetivos do qual o trabalho se propôs (MINAYO, 2010).

A proposta qualitativa de avaliação da pesquisa CAPSUL utilizou a metodologia de quarta geração, hermenêutica dialética, responsiva e construtivista de Guba e Lincoln (1989, 2011) adaptada por Wetzel (2005).

Os processos avaliativos são permeados por objetivos, afim de conhecer uma dada situação para transformá-la ou não. Há quatro objetivos principais que direcionam uma avaliação, entre eles, o intuito de ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção, fornecer informações para melhorar uma intervenção no decorrer de sua implementação, determinar efeitos de uma intervenção para decidir se poderá ser mantida, interrompida e/ou transformada e contribuir teoricamente para a construção do conhecimento (CONTANDRIOPOULOS, CHAMPAGNE, DENIS, PINEAULT, 1993)

Donabedian (1984) enfatiza que a avaliação de qualidade dos serviços é um indicador importante que nos informa se há êxito e qualidade na prestação do serviço em relação aos valores e expectativas dos envolvidos.

Ainda acerca desta temática Onocko Campos e Furtado (2008) reforçam que é por meio do envolvimento em processos avaliativos que grupos oprimidos tem a oportunidade de se fazer ouvir e influenciar no curso de um dado programa e/ou serviço, aumentando também seu poder de compreensão e ação.

A proposta de Guba e Lincoln (2011) a respeito da avaliação de quarta geração é consequência de um processo evolutivo que sofreu diversas influências ao longo de cem anos, dado o contexto histórico e social existente.

Os autores dividem as modificações dos processos de avaliação em gerações, são elas: 1º geração, também chamada geração da mensuração, na qual o avaliador assume a função técnica, medindo através de uma variável o que está sendo investigado. 2º geração, da descrição, o avaliador além de se utilizar da medição, tem como foco descrever o processo; 3º geração, do juízo de valor, é permitido ao avaliador fazer julgamentos mantendo igualmente a função técnica e descritiva das anteriores (GUBA, LINCOLN, 2011).

Essas três primeiras gerações auxiliaram a construir o modelo de avaliação da quarta geração, visto que apresentaram importantes limitações, como: a supremacia do gerencialismo, que se refere a exclusão do administrador do processo avaliativo, nesse caso, o administrador também tem poder para determinar as questões da pesquisa e contratualizar com o avaliador sobre a divulgação dos dados (se haverá divulgação e para que será disponibilizado); a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores, também é uma limitação, considerando que o juízo de valor acrescentado pela terceira geração eram realizadas pelo avaliador, com isso, coloca-se em questão de quem seriam os valores a serem valorizados e, de que forma, as diferenças valorativas poderiam ser negociadas; o comprometimento com o paradigma positivista, causando uma extrema dependência dos métodos quantitativos da ciência; a desconsideração do contexto; e a não responsabilização moral e ética do avaliador por suas ações e resultados (GUBA, LINCOLN, 2011).

Entretanto concorda-se com Demo (1988) quando afirma que a escolha do tipo de avaliação deve ser compatível com os objetivos de cada estudo. No caso da avaliação de propostas sociais, Cohen e Franco (1998) afirmam que a avaliação assume caráter instrumental, voltado para a máxima obtenção de eficiência na utilização dos recursos e eficácia de programas, ou seja, uma otimização do desempenho, privilegiando a ótica gerencial.

A avaliação de quarta geração é considerada uma proposta alternativa as avaliações anteriores, pois se utiliza do pressuposto metodológico construtivista responsivo. O termo construtivista é utilizado para designar sua característica de investigação alternativa ao paradigma científico apoiado em um sistema de crença praticamente oposto ao da ciência, por isso considerado paradigmático. O método responsivo leva em consideração as preocupações, reivindicações e questões do grupo de interesse como base para determinar as informações necessárias através de um processo interativo e de negociação com os envolvidos. Nas avaliações tradicionais, eram definidos parâmetros e limites *a priori* (GUBA, LINCOLN, 2011).

Os grupos de interesse da avaliação de quarta geração se refere as pessoas envolvidas ou potencialmente afetadas pelo objeto de avaliação, seja na sua utilização, implementação, ou que se beneficiem como o uso do objeto, ou mesmo sejam afetadas negativamente por este (GUBA, LINCOLN, 2011).

Os referidos autores reforçam que “uma das principais atribuições do avaliador é conduzir a avaliação de modo que cada grupo confronte e lide com as construções de todos os outros” (GUBA, LINCOLN, 2011, p.50), na busca de ser um processo hermenêutico e dialético, ou seja, com caráter interpretativo e comparativo entre os diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese e buscas de consenso quando possível, ou expor e esclarecer as diferentes visões. Sem que haja contra ataque mas que sejam uma construção de conexões com exploração de todas as partes, incluindo o pesquisador. Os autores expõem o seguinte modelo esquemático:



Figura 1 - Círculo Hermenêutico Dialético

Fonte: Traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba; Lincoln (2011).

O primeiro passo do círculo hermenêutico-dialético é a seleção de um respondente inicial (R1), com o qual se realiza uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao foco da investigação. Logo, faz-se a entrevista com um segundo respondente (R2), que após colocar questões próprias é convidado a comentar os temas oriundos da análise da entrevista do primeiro respondente. Da análise da entrevista com segundo respondente, da qual emerge informações não apenas sobre suas considerações, mas também críticas as demandas e construções de primeiro respondente (C1), se constrói outra formulação com informações mais elaboradas e sofisticadas baseadas em duas fontes (C2). O processo se repete com a adição de novos informantes, sendo entrevistados todos os componentes de determinado grupo de interesse (GUBA; LINCOLN, 1989).

Guba e Lincoln (2011) afirmam que as avaliações de quarta geração tem a tendência de instigar a mais questionamentos do que a responde-los. Por isso

sempre haverá reivindicações, preocupações, questões dos grupos de interesse que não serão resolvidas, bem como, novas informações ou maior nível de esclarecimentos podem surgir. Assim, cabe reabrir casos, até mesmo de assuntos já resolvidos.

4.3 Instrumentos para a coleta de dados

As técnicas que serão utilizadas na coleta de dados para a reabertura do caso de Joinville-RS incluem a observação e o grupo de reciclagem dos dados. Ainda, serão utilizados para esta pesquisa dados anteriores da pesquisa CAPSUL, da edição de 2006 e 2011 referente as entrevistas semiestruturadas do grupo de interesse dos trabalhadores e registros do diário de campo obtidos pela observação.

As entrevistas dos trabalhadores da 1º e 2º edição da pesquisa CAPSUL serão lidas na íntegra a fim de buscar informações referentes ao objeto em estudo. Após serão sistematizadas e posteriormente analisadas com o intuito de identificar questões que não ficaram bem resolvidas na coleta de dados da primeira e segunda edição.

Para Gil (2010) a entrevista é uma forma de interação social e de diálogo, na qual uma das partes coleta as informações e outra é a fonte dos dados. Essa técnica tem se mostrado apropriada para obter informações sobre o que os sujeitos sentem, sabem, crêem e desejam. As vantagens da entrevista estão na possibilidade de obter dados sobre os distintos aspectos sociais, a eficiência na obtenção das informações em profundidade em relação ao comportamento humano e a possibilidade também de que os dados sejam classificados.

Guba e Lincoln (2011) reforçam que uma das maiores vantagens da entrevista é possibilitar que o respondente se mova no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e presumir o futuro, de forma que dados subjetivos e objetivos sejam trazidos para o momento atual. Tais entrevistas podem ser categorizadas pelo grau de estrutura, informação e qualidade no relacionamento entre entrevistador e entrevistado.

Com relação ao grau de estrutura as entrevistas podem ser categorizadas como estruturada, não estruturada e semiestruturada. A primeira caracteriza-se quando o entrevistador “sabe o que quer saber” e elabora questões adequadas ao objetivo; na entrevista não estruturada diz-se que o entrevistador “não sabe o que

não sabe” de modo que as questões e as respostas são trazidas pelo entrevistado, e na semi estruturada há uma combinação, pois o entrevistado sabe o que quer saber mas está aberto a informações acrescentadas pelo entrevistado (LINCOLN; GUBA, 2011). Sobre a entrevista semi estruturada Minayo (2010) acrescenta ser esta um tipo de entrevista que combina perguntas fechadas e abertas, possibilitando que o entrevistado discorra sobre o tema sem se prender as questões iniciais.

A participação dos entrevistados na pesquisa CAPSUL em suas duas edições ocorreu de forma voluntária. Foram disponibilizadas informações sobre o estudo, e o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCL), garantindo o anonimato e a ética em pesquisa (Apêndice A).

Como foi tratado anteriormente, as técnicas que serão utilizadas na coleta de dados para a reabertura do caso de Joinville-RS incluem a observação na rotina do CAPS II, e o grupo de reciclagem com os trabalhadores do local.

De acordo com Guba e Lincoln (2011) a reabertura de casos, para a reciclagem de dados é uma etapa esperada da Avaliação de Quarta Geração, considerando que estas avaliações tendem a gerar mais perguntas do que respostas, e sempre haverá questões que não ficaram bem resolvidas. A reciclagem dos dados permitirá um maior nível de esclarecimento sobre um determinado assunto, e além disso, a obtenção de novas informações, inclusive de questões que se consideravam resolvidas.

Para coletar os dados três pesquisadoras irão campo de Joinville-SC, duas doutorandas e a autora do presente projeto sob a orientação de uma professora do PPGEnf da UFPel, que deverá acompanhar o trabalho de campo. Todas já capacitadas para este fim e com experiência previa em pesquisa qualitativa.

As pesquisadoras ficarão duas semanas realizando a coleta de dados no CAPS de Joinville-SC. Cada pesquisadora terá um objeto de pesquisa diferente, entretanto, o roteiro de observação será compartilhado.

A observação de campo é considerada por Minayo (2010) um elemento fundamental no trabalho de campo de pesquisa qualitativa uma vez que possibilita uma maior aproximação entre os interlocutores, permitindo ao pesquisador complementar suas informações sobre a realidade estudada.

Patton (1987) informa algumas vantagens sobre o uso da observação em pesquisa qualitativa, são elas: a possibilidade de observar diretamente o programa e

conhecer o contexto; a experiência, pois possibilita que o avaliador seja indutivo; a menor necessidade de utilizar conceituações *a priori* sobre o *setting*; a oportunidade de ver coisas que passam despercebidas pelos participantes; obter e fornecer informações que não são conseguidas através da entrevista; acrescentar as informações do entrevistado a suas próprias, e finalmente permite que o avaliador use seu conhecimento e experiência para compreender e interpretar as questões observadas, sem perder o foco do que se propôs a observar para responder as questões da pesquisa.

De acordo com Lincoln e Guba (1985) a observação pode tomar diferentes formas em diferentes estágios da pesquisa. Na fase inicial a observação pode ser pouco estruturada, permitindo que o observador aumente o seu conhecimento sobre o que for saliente e/ou importante. Logo, o observador poderá ir melhorando o foco conforme as informações aumentam. Assim, se faz necessário intercalar períodos de análise preliminar dos dados entre períodos de observação a fim de construir unidades ou categorias preliminares de informação. Ainda, torna-se útil checar esses dados iniciais com alguns respondentes, sendo esta uma característica do círculo hermenêutico-dialético, o qual exige a análise concomitante com a coleta.

Para este estudo inicialmente não se seguirá um roteiro estabelecido, será utilizado a observação livre de aspectos como a estrutura do serviço, a organização do processo de trabalho, os recursos humanos, visando a ambientação dos pesquisadores no serviço e identificação de acordos e conflitos. Segundo Trivinõs (2008) a observação livre busca estudar a dimensão singular dos significados, atos e relações a fim de descobrir aspectos evidentes e capturar sua essência, identificando as relações e as contradições.

Posteriormente as observações vão ir focando no roteiro estabelecido (Apêndice C), sendo as anotações registradas no diário de campo com inclusão de expressões verbais, ações dos trabalhadores, além de observações, e reflexões do pesquisador.

Patton (1987) argumenta que para utilizar-se da observação enquanto um recurso essencial, é necessário que os registros sejam feitos de forma completa, com informações básicas, tais como, de que forma a observação ocorreu, quem estava presente, como era o local, sobre as interações sociais que ocorreram, atividades realizadas e outras que permitam ao observador retornar mentalmente o

local através das anotações de campo, assim, como ao leitor a possibilidade de inserção na situação observada. Além disso, o diário de campo também deverá conter os sentimentos do pesquisador, sua experiência, reflexões, interpretações e análises iniciais sobre o que ocorreu no serviço.

As anotações serão transcritas no diário de campo em intervalos no serviço e/ou no final do dia. O número de horas da observação será contabilizado após a coleta de dados, pois seguirá as exigências do campo.

Vale ressaltar que a participação das pesquisadoras no serviço, nas atividades serão explicados previamente e serão retomados sempre que solicitado e/ou necessário a fim de deixar claro os objetivos da pesquisa e a possibilidade de recusa pelos participantes.

As três pesquisadoras irão se reunir todos os dias após as atividades para organizar e avaliar sobre as informações que foram coletadas durante o dia de trabalho, como escuta das entrevistas, relato do diário de campo, além de se organizarem para o planejamento do próximo dia, como horários e metas. Assim, ambos envolvidos no campo contemplarão maior parte possível das situações vivenciadas e o processo estará sendo avaliado durante o tempo previsto.

4.4 Sujeitos do estudo

Serão os trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial tipo II de Joinville/SC. Todos os participantes serão informados sobre a pesquisa e as entrevistas só acontecerão após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e informado (TCL), assegurando-lhes o anonimato e direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento.

Afim de evitar a exposição dos sujeitos serão utilizadas formas de codificação que não os identifique. Os trabalhadores serão representados pela letra [T1, 2006] e o número será correspondente a ordem que foram entrevistados e o ano.

O material advindo do Diário de campo será identificado pelas letras DC seguidas data da observação, como por exemplo: [DC-19/01/14].

4.4.1 Critério para a seleção dos sujeitos

Critério de inclusão:

- Ter vínculo empregatício com o Centro de atenção Psicossocial de Joinville- SC.

Critério de exclusão:

- Estar afastado do serviço em estudo devido a férias ou licença.
- Não aceitar participar da pesquisa.

4.5 Local do estudo

A pesquisa será realizada no Centro de Atenção Psicossocial de Joinville-SC. É um estudo que se utiliza de uma coleta longitudinal realizada no ano de 2006, 2011, com a reabertura do caso que se desenvolverá em 2014 utilizando-se do grupo de interesse dos trabalhadores do serviço.

O local foi escolhido para o presente estudo por ter se destacado na avaliação do seu processo de trabalho, com relação aos demais CAPS estudados e se comparado ao estudo realizado em 2006 no mesmo local. Entre os avanços valoriza-se o notável planejamento das ações, a organização do processo de trabalho, e a discussão diária dos casos de saúde no espaço da reunião de equipe.

Kenes (2011) em seu estudo realizado no serviço CAPSII de Joinville, identificou avanços e retrocessos no serviço quando comparado a edição de 2006 e a edição de 2011. Identificou-se os seguintes avanços em 2011: os profissionais do serviço são estatutários, apenas um possui contrato; a equipe é comprometida e mantém o serviço aberto das 7 horas às 18 horas, sem fechar ao meio dia, trabalhando na lógica multidisciplinar e interdisciplinar. Ainda, destaca-se a organização do trabalho em reuniões, com planejamento e acompanhamento diário dos casos; a equipe mantém encontros diários das 12h às 13h para discutirem as intercorrências, PTS, casos novos, encontros de Matriciamento e outros temas de acordo com a necessidade; são ofertadas variedades de oficinas com finalidades diversas; o serviço realiza acolhimento garantido porta aberta aos usuários; os profissionais desenvolvem estratégias de atenção à crise, e a articulação com o território também se mostrou fortalecida.

Sobre os retrocessos, verificou-se a falta de médico psiquiatra na rede, sendo que o médico que trabalha no CAPS só oferece atendimento uma vez na

semana; a estrutura física conta com um espaço alugado que necessita de reformas e pinturas; os recursos materiais estão limitados pela falta de materiais e falta eventualmente medicação; foram desativadas oficinas de geração de renda, devido a denúncias realizadas, pois entenderam que a geração de lucros impediria que os usuários, contemplados como o programa de benefícios do governo, não poderiam recebê-lo. Assim, essa estratégia de reabilitação psicossocial passou a funcionar somente como um recurso pós-alta do serviço (KENES, 2011).

Diante do exposto, percebe-se que o serviço avançou em estratégias referente ao processo de trabalho e retrocedeu em relação aos recursos humanos, materiais e oferta de atividades de Reabilitação Psicossocial. Entretanto, apesar das limitações o serviço está buscando fortalecer as diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica e demonstra preocupação com a saúde mental priorizando estratégias que melhore a qualidade do atendimento ofertado.

A seguir será detalhado o local que será realizado o referido estudo, contemplando aspectos que envolvem o município e a rede de saúde.

4. 5.1 Características do município

O município de Joinville se localiza na região nordeste do estado de Santa Catarina (SC) na região Sul do Brasil. Com 552. 860 habitantes Joinville é a cidade mais populosa do estado e ocupa uma área de 1.130, 878 quilômetros quadrados, distante a 180 km da Capital do estado, Florianópolis (IBGE, 2013). Na figura a seguir é possível visualizar o município de Joinville e sua localização no estado de Santa Catarina:

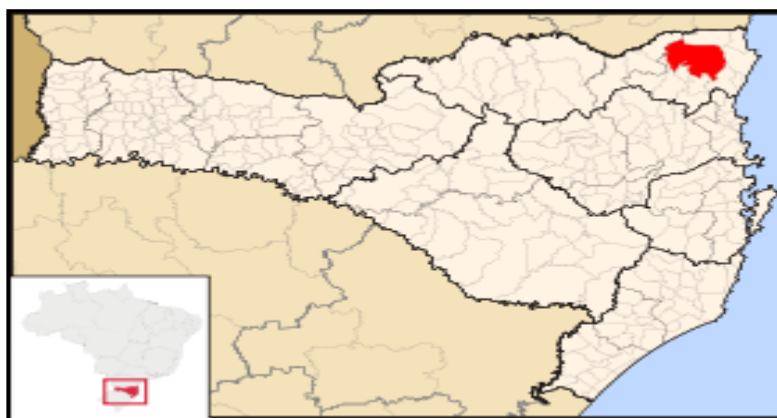


Figura 2 - Cidade de Joinville – SC
Fonte: Santa Catarina, 2011.

A história do município teve início com um casamento que uniu a família imperial e a realeza francesa. Em 1843 a região em que se localiza a cidade, foi doada ao príncipe de Joinville como dote da irmã do imperador Dom Pedro II. Em março de 1851 chegaram os primeiros imigrantes alemães, suíços e noruegueses. Anos mais tarde foram trazidos imigrantes germânicos- operários, intelectuais, agricultores e profissionais liberais, que fugiam da Europa em busca de oportunidades no Brasil. Nesse mesmo ano a cidade foi fundada oficialmente como Joinville, que significa “cidade feliz” em homenagem ao príncipe de Joinville e ficou conhecida no país pela sua história que foi marcada pela diversidade cultural e social (JOINVILLE, 2013).

Desde 1980 a cidade tornou-se essencialmente industrial, atribuída pelo slogan de “Manchester Catarinense”. Atualmente conta com mais de 700 indústrias, sendo algumas as maiores do Brasil (IBGE, 2013).

Vale destacar ainda que Joinville não é apenas reconhecida no país pela sua riqueza econômica, mas pela sua opulência cultural, sendo a primeira cidade do mundo a ter uma filial da Escola Coreográfica de Moscou. A escola de teatro Bolshoi, este complexo se configura na melhor estrutura para ensino de dança existente no Brasil, sendo referência de dança para o mundo. No mês de Julho acontece o Festival de Dança de Joinville, maior do gênero na América Latina e o 4º no mundo. Reúne bailarinos, do Brasil e do exterior, durante 12 dias de apresentações em palcos fechados e ao ar livre (JOINVILLE, 2013).

As tradições de Joinville se mantêm viva, sua história e seus costumes, com festas em todas as épocas do ano, bailes, danças folclóricas, desfiles, chopp e boas comidas completam o programa, manifestações artísticas e folclóricas, arquitetura típica e o especial cuidado com os jardins e flores (JOINVILLE, 2013).

4.5.2 A Rede de Atenção Psicossocial de Joinville

A rede de atenção a saúde mental no município de Joinville começou a se modificar em 1986 com o fechamento do único hospital Psiquiátrico (Clínica Nossa Senhora da Saúde). Esse episódio fez com que muitos usuários indicados para internação hospitalar fossem deslocados para Florianópolis ou Curitiba- PR.

Em 1987 com a criação da Secretária Municipal de Saúde, deu-se início a organização dos atendimentos em Saúde Mental no município, sendo que no ano posterior o atendimento já era realizado por três ambulatórios de referência com um psiquiatra e dois psicólogos, além disso, outros profissionais foram contratados, mesmo assim, o atendimento manteve-se ambulatorial até o ano de 1992.

Nesse mesmo período foi criado o Centro de Atenção Diária (CAD) Nossa Casa, cuja equipe era formada pelo remanejamento de trabalhadores dos ambulatórios. Em 2001 o CAD foi credenciado junto ao Ministério da Saúde como um CAPS, diferenciando-se do atendimento dos ambulatórios por realizar o acompanhamento diário, na modalidade intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo.

Na década de 90, também foi implementado a Associação de Recuperação para o Trabalho (REPART) por familiares, usuários, profissionais e voluntários dos serviços de saúde mental do município. Criou-se essa associação devido a necessidade de ampliar espaços para tratamento em saúde mental, sendo mais tarde considerado referência diária, oportunizando atividades de produção, socioculturais, esportivas e de lazer, proporcionando melhoras em aspectos cognitivos, de prevenção através das oficinas protegidas de trabalho terapêutico

Em 1997 foi aberta uma unidade de internação psiquiátrica com 28 leitos no Hospital Regional Hans Dieter Schimidt, mesmo assim, continuou-se o deslocamento de usuários para internação em outros municípios, devido a dificuldade de regulação desses leitos para atender a demanda da cidade. Dois anos seguintes, houve a descentralização da assistência com alocação de recursos humanos para as Regionais de Saúde o que permitiu a expansão do atendimento em saúde mental na atenção básica de forma articulada com o CAPS II. As regionais de saúde são centros de saúde que oferecem o apoio psicoterápico e terapêutico ocupacional, aos usuários da sua área adscrita, enquanto os clínicos gerais de cada UBS(Unidades Básicas de Saúde) são responsáveis pela manutenção da conduta medicamentosa enquanto o usuário está em estabilidade no seu transtorno mental.

Ainda foram criados o Pronto Acolhimento Psicossocial (PAPS) afim de atender a demanda espontânea, caracterizando-se como uma porta de entrada dos serviços de saúde mental. Nesse mesmo período surgiu o Projeto Catavento como

uma proposta de treinamento para as equipes dos postos de regionais de saúde que atendiam pacientes com transtorno de ansiedade e depressão leve à moderada.

Em 2000 com a criação da Comissão de Avaliação e Controle dos Transtornos mentais, iniciou-se um processo de avaliação dos Programas de saúde mental visando a organização dos serviços e a implementação de políticas de saúde mental pautadas no princípio do Sistema Único de Saúde(SUS).

Em 2002 foi inaugurado o Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial (NAIPE), o qual ganha destaque por ser uma experiência pioneira na assistência integral e multidisciplinar ao segmento através de atendimentos terapêuticos e preventivos, e em 2005 foi implementado o Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS) visando um atendimento com incentivo a autonomia e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com sofrimento psíquico.

Atualmente a Rede de Atenção Psicossocial do Município dispõe dos seguintes serviços: PAPS - Pronto Atendimento Psicossocial, CAD-CAPSII, CAPSIII, pelo CAPS Álcool e Drogas, pelo CAPS infantil, Serviço Residencial Terapêutico, Serviços Organizados de Inclusão Social, ala psiquiátrica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, além das equipes de saúde nas Unidades Básicas de Saúde, equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde (JOINVILLE, 2013).

4.6 Análise dos dados

Para analisar os dados será adotada a proposta Temática de Minayo, a qual “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2012). Serão desenvolvidas suas três etapas:

1º etapa: será realizado o contato com o material de campo, no caso as entrevistas semiestruturadas e diário de campo, através de uma leitura flutuante do conjunto de informações obtidas, sendo as hipóteses e os objetivos revisados e elencadas núcleos de sentido (frases ou palavras-chave) que orientem a organização dos dados para análise. Também nessa etapa se buscará na literatura estudos e experiências anteriores sobre a temática.

2º etapa: o material será minuciosamente explorado, procurando articular entre as falas, os conteúdos semelhantes, repetidos, divergentes e agrupando-os

nos núcleos, objetivando que os dados sejam trabalhados para melhor esclarecimento das informações.

3º etapa: o material será interpretado a partir do referencial teórico norteador da pesquisa com base nos objetivos propostos, permitindo que as informações obtidas sejam validadas a fim de gerar resultados.

4.7 Princípios éticos

O estudo será um subprojeto da pesquisa CAPSUL, a qual teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em suas duas edições, em 2006 foi aprovado pelo CEP Faculdade de Medicina da UFPel sob ofício nº 074/2005 e em 2011 recebeu parecer favorável do CEP da Faculdade de Enfermagem da mesma universidade sob ofício nº 176/2011. As pesquisas foram financiadas pelo Ministério da Ciência e tecnologia por meio do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde.

Todos os participantes foram informados sobre a referida pesquisa. O contato foi realizado inicialmente por telefone com os trabalhadores do serviço que após compreenderem os objetivos do estudo conversaram com os usuários e familiares do local, informando-os sobre a presença de pesquisadores no serviço, sobre os objetivos da pesquisa e a possibilidade que os mesmos teriam de participar, salientando a não obrigatoriedade conforme foram orientados pelos pesquisadores. Os trabalhadores do serviço receberam um documento com informações sobre a pesquisa, o qual ficou sob a responsabilidade do coordenador do local.

No momento da entrevista com os sujeitos, foi reiterado os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Informado da pesquisa CAPSUL foi disponibilizado para que o sujeito fizesse a leitura. Junto ao sujeito, o pesquisador se disponibilizou para sanar dúvidas se necessário, e em casos em que a pessoa não conseguisse fazer a leitura, o pesquisador a fazia. No final da leitura seja ela realizada pelo sujeito ou pelo pesquisador, o termo era explicado de forma objetiva pelo pesquisador e com a utilização de palavras de fácil compreensão. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento foi realizada a entrevista.

Em todos os momentos da pesquisa, no que se refere a coleta de dados, análise dos dados e publicação dos dados foram respeitados os princípios éticos, o anonimato dos sujeitos e a responsabilidade com os dados pesquisados, de acordo

com a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamentava a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

A presente pesquisa de dissertação fará a reabertura de um dos casos da pesquisa CAPSUL com o grupo de interesse dos trabalhadores do serviço. Será realizado um retorno ao campo para a reciclagem dos dados, por meio da observação de campo e de um grupo de reciclagem de dados. Portanto, o projeto de pesquisa será submetido a Plataforma Brasil, e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e somente após aprovação os dados serão coletados.

Os aspectos éticos do estudo serão assegurados aos participantes de acordo com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

A pesquisa poderá mobilizar os sentimentos do entrevistado, pois as questões tratam de aspectos relacionais entre os trabalhadores no serviço, podendo causar sentimentos de tensão, ansiedade e angústia. Em todos os momentos da pesquisa o sujeito será respeitado em sua autonomia de deixar de participar da pesquisa se assim preferir.

Com relação aos benefícios a pesquisa proporcionará, através das questões das entrevistas (Anexo B), que o trabalhador reflita sobre o seu processo de trabalho no serviço, trabalho em equipe, interdisciplinaridade nas ações, gestão coletiva, relações interpessoais, as quais poderão qualificar as ações de saúde ofertadas pelo serviço e melhoria na saúde mental dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Ainda serão respeitados o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007) nº 311 de 08 de janeiro de 2007, através do Capítulo III², do ensino, da pesquisa e da produção

¹Cap. III: Responsabilidades e deveres: art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. (das Proibições): Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96- Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização. especialmente na divulgação dos seus resultados. Das Proibições: Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino

científica referente às responsabilidades e deveres nos artigos 89, 90 e 91 e os artigos 94, 96 e 98, referente às proibições.

Durante todas as fases da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados e publicação dos dados irá respeitar-se os princípios éticos de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

4.8 Orçamento

Os recursos materiais serão descritos na tabela abaixo, juntamente com um plano de despesas.

Quadro 1 - Recursos necessários para a implementação do projeto.

Recurso	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Caderno para anotações	2	3,50	7,00
Caneta	8	1,00	8,00
Lápis	10	0,50	5,00
Borracha	3	0,75	2,25
Impressão do projeto	12	20,00	240,00
Xerox de materiais	20	5,00	100,00
Livros	6	80	480
Pendrive	2	20,00	40,00
Revisor de português	1	60,00	60,00
Transporte*	2	240	480
Alimentação*	14	30	420
Hospedagem*	7	110	770
Total			2612.25

*Recursos subsidiados pelo projeto CAPSUL II, o qual recebe apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Obs: Os demais gastos serão custeados pelo autor do projeto

4.9 Cronograma

A seguir está descrito o cronograma das atividades desenvolvidas no ano de 2013 e que serão realizadas em 2014. O tempo está disposto em trimestres (t).

e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96- Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

Quadro 2 - Cronograma de execução das atividades.

	2013				2014			
Atividades	1ºt	2ºt	3ºt	4ºt	1ºt	2ºt	3ºt	4ºt
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboração do Projeto		X	X	X				
Apresentação do Pré Projeto				X				
Revisão do projeto				X				
Qualificação do projeto					X			
Apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa*						X		
Fase de coleta/análise de dados						X		
Análise final dos dados e construção da dissertação							X	X
Defesa da dissertação								X
Construção de artigos							X	X

* Após o projeto ser aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) se procederá com o cronograma e/ou se alterações forem sugeridas pelo CEP, as mesmas serão atendidas.

Referências

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. 142p.

_____. **A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 136p.

BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. 2009. 127f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação)- Faculdade de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BLOOR, M.; FRANKLAND, J.; THOMAS, M.; ROBSON, K. **Focus groups in social research**. Thousand Oaks: Sage, 2001.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. 380p.

BRASIL. **Lei 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

_____. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Relatório da III **Conferência Nacional de Saúde Mental**: Cuidar sim, excluir não. Relatório final. Brasília, 2002, 213p.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____.Ministério da Saúde. **Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília, 2010, 210p.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Saúde mental /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2013. 176 p.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

_____. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p.

_____. **Portaria nº3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.

BUJDOSO, Y. L. V.; TRAPE, C. A.; PEREIRA, E. G.; SOARES, C. B. A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p. 1363-74, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**. 2010, v.15, n.5, pp. 2337-2344.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERY, E. E.; ONOCKO CAMPOS, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-266.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec. 2000. 229p.

CAMPOS, R. O. Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: editora Hucitec, 2003. p. 122-152.

CAPSUL II. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil** (CAPSUL): relatório final / Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem; Luciane Prado Kantorski (coord.) Pelotas, 2011. 2012.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**. 1996, v.30, n.3, p. 285-93.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. **A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo**. 2007. Tese (Livre-docência) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2007.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos Avaliativos. **Interface**, comunicação saúde educação. 2011. v.15, n.37, p.589-99.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação de para a área da Saúde :ensino, Gestão, Atenção e Controle sociais . **Physis**, Rio de Janeiro. 2004, v. 14, n.1, p. 41-65.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma de práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo. (org). **Ensaio, subjetividade e saúde mental**. Rio de janeiro: Fio Cruz, 2000, p.161-168.

CONTANDRIOPOULOS, A. ; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. São Paulo: Vozes, Petrópolis, 1998, 312 pp.

COIMBRA, V. C. C.;LUCIANE P. K. O acolhimento em centrode atenção psicossocial. **Rev. Enferm UERJ**. Rio de Janeiro. 2005, v. 13, p.57-62.

COLOME, I. C. S; LIMA, M. A. D. S; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo. 2008, v.42, n.2, p. 256-261.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención medica: definición y metodos de evaluación. **Ediciones científicas La Prensa Medica Mexicana**, S.A. Ediciones Copilco, S. A. 1984a. 194 p.

DALL'AGNOL, C. M; MARTINI, A. C. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. Revista Texto e contexto de enfermagem. Florianopolis, v. 12, n. 1, p.89-96, 2003.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem.**Rev Gaúcha Enferm**, v. 20, n.1, p.5-25, 1999.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. 2ªed. São Paulo: Cortez:Autores Associados, 1988.

FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; AGUIAR, R. A. T. Gestão colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. **Saúde digital**, 2003. Disponível em:<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/outubro2003/especializacao.html> Acesso em 14 nov 2013.

FEKETE, M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: **SANTANA, J. P. (Coord.). Organização** do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.p.51-57.

FILIZOLA, C. L. A; MILIONI, D. B; PAVARINI, S. C. I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Rev. Eletr. Enfermagem**, Rio de Janeiro,v.10, n.2, p. 491-503. 2008.

FRANCO, T. B.. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-98.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2009. 543p.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**.5ª.ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GOMES, E. S, ANSELMO, M. E. O.; LUNARDI FILHO, W.D. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. **Rev BrasEnferm**, São Paulo, 2000. v. 53, n 3, p. 472-80.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evoluution**. Newbury Park: Sage Publications, 1989. 294p.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. São Paulo: UNICAMP, 2011. 302p.

GRANADO,M. K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2010; v. 14, n. 3, p.504-510,

HIRDES, A. **Reabilitação Psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo**. Erechim/RS: EdiFAPES, 2001.

KANTORSKI, L. P; SILVA. G. B. **Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: Editora Universitária-UFPeI, 2001.

KITZINGER,.;J, BARBOUR, R. S. Introduction: the challengeand promise of focus groups. In: KITZINGER J, BARBOUR RS, (org). **Developing focus group research: politics, theory and practice**. London (UK):Sage; 1999. p.1-20.

KRUEGER, R. A. **Focus group: a pratical guide for applie research**. Newbury Park, Sage Publications, 1988.

KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. **Focus groups**. A practical guide for applied research. 3ª Ed. Thousand Oaks: Sage, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2013. **Primeiros Dados do Censo 2013**. Disponível em:

<http://www.censo2013.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php>

Acesso em: 22 jan. 2013.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. **Cidade em Dados 2013**. Fundação de Pesquisa e Planejamento para desenvolvimento Sustentável – IPPUJ (Org.) Prefeitura Municipal, 2013; 229p.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; BONFIM, José Ruben Alcantra; MINAYO, Maria Cecília Souza et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2012 p. 615-34.

LARANJEIRA, S. M. G. Fordismo e pós-fordismo. IN: CATTANI, A. D (orga). **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. 2a ed. Petrópolis (RJ): Vozes Ed. UFRG; 1999. p.292.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G.; E. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage Publications, 1985. 416p.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 110p.

MARX, K. **O Capital**. 5ªed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A, 1980. 940p.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos CEFOR, 1992.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, p.316-23, 2003.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MINAYO, M. C. S. Construção de Indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. v. 33; supl. 1, p. 2009: 83-91.

NASCIMENTO, A. F. GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, Supl. 1, p. 8-15. 2009.

NUNES, C. K. **As contribuições da Família no cuidado para a consolidação da Atenção Psicossocial**. 2012, 85f. Trabalho Acadêmico. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas (RS).

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O Trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-am de enfermagem**. Ribeirão Preto, v.11, n.3, p.333-40. mai.- jun. 2003.

ONOCKO CAMPOS, RT; FURTADO, J. P. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, 2008.

ONOKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. 3º ed. São Paulo: Hucitec. 2003. p. 122-152.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1987. p.176.

PINHO, L. B.; RODRIGUES, J.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J. F. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enfermagem**, 2012,v. 14, n.1, p.25-32. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a03.pdf>>. Acesso em: 10 jan.2014.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 254p.

LIBERMAN, R. P. **Rehabilitación integral del enfermo mentalcrónico**. Barcelona (Es): Martinez Roca; 1993.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

SOUZA, A. C. S.; RIBEIRO, M. C. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, 2013.

SANTIAGO, E.; YASUÍ, S. O trabalho como dispositivo de atenção em saúde mental: trajetória histórica e reflexões sobre sua atual utilização. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 10, n.1, 2011. p.195-210.

SILVA, M. T.; LANCMAN, S.; ALONSO, C. M. C. Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. **Rev. Saúde Pública**. 2009, v.43, suppl.1, p. 36-42.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas, 2009. 175p.

TAYLOR, Winslow Frederick. **Princípios da administração científica**. São Paulo: Atlas. 1990.112p.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um caps. **Revista Eletronica Saúde Mental Alcool drogas**. 2010, V.6, n. 1, artigo 14.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Rev. Esc. Anna Nery** . Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 133-41, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ANEXO

Anexo A– Carta de Aprovação do Comitê de Ética, 2014

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONSTITUIÇÃO DE PRÁTICAS SOCIAIS DESINSTITUCIONALIZANTES NO CONTEXTO DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS BRASILEIRA E ITALIANA

Pesquisador: Luciane Prado Kantorski

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32922114.8.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 750.144

Data da Relatoria: 31/07/2014

Apresentação do Projeto:

A política de saúde mental brasileira teve muita influência da psiquiatria democrática Basagliana, a partir das experiências italianas. Neste sentido, a experiência da Itália, de 36 anos de processo de implantação de uma política de desinstitucionalização, que materializou-se na extinção dos manicômios e na constituição de uma rede de dispositivos sanitários e sociais substitutiva em muito tem contribuído para pensar a realidade brasileira. O presente projeto de pesquisa a ser desenvolvido no pós-doutorado/estágio sênior contribuirá para que a pesquisadora desenvolva um estudo sobre os processos de desinstitucionalização na realidade italiana e brasileira, experienciando o campo empírico na realidade da Itália, e consolidando a formação da pesquisadora no campo das investigações qualitativas, especialmente com relação as etapas de trabalho de campo e de análise de dados, a partir do método comparativo constante.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer os construtos teóricos que orientam a constituição das práticas sociais desinstitucionalizantes em saúde mental no Brasil e na Itália e analisar as práticas sociais desinstitucionalizantes em saúde mental no contexto de ambas as reformas.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301
Bairro: Centro **CEP:** 96.020-360
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 750.144

- Identificar as boas práticas em saúde mental, orientadas pela ética da Atenção Psicossocial, presentes nas realidades estudadas.
- Analisar as melhores evidências científicas sobre boas práticas em saúde mental comunitária, no contexto nacional e internacional.
- Avaliar as experiências em termos de boas práticas em saúde mental nas realidades estudadas.
- Analisar a compreensão dos trabalhadores sobre a reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho.
- Compreender como os profissionais participam da reunião de equipe, considerando aspectos relacionais, de compartilhamento dos saberes, e responsabilização conjunta.
- Identificar na percepção dos profissionais o objetivo da reunião de equipe que a consolide enquanto um espaço potencial para a gestão da micropolítica do serviço de saúde.
- Avaliar os fatores que determinam a alta dos usuários.
- Identificar os serviços da rede de saúde que dão continuidade para o acompanhamento dos usuários do CAPS na realidade de Joinville.
- Identificar as dificuldades e as facilidades no processo de alta dos usuários do CAPS na realidade de Joinville.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa envolve riscos mínimos para o sujeito.

Benefícios:

Se manifestado constrangimento do sujeito, reação emocional como choro, ansiedade ou outras mediante a coleta de dados, o sujeito será tranquilizado pela pesquisadora e se necessário poderá receber apoio psicológico no serviço de saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo estudo de caso que terá como foco de análise a realidade brasileira a partir da experiência de um município do Brasil – Joinville, e da análise da experiência italiana a partir do município de Turim – Itália. Como instrumentos de coleta de dados a pesquisa se utilizará de documentos e da observação participante, conforme o Roteiro de Orientação da Observação de Campo (APÊNDICE A). A análise

documental das regulamentações jurídicas da reforma psiquiátrica italiana e brasileira contribuirá para explicitar as influências do processo italiano na reforma brasileira, bem como seus distanciamentos, sendo útil ainda para contextualização dos locais de estudo. A observação participante compreenderá um trabalho de campo na realidade brasileira e na realidade italiana. Em

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301			
Bairro: Centro		CEP: 96.020-360	
UF: RS	Município: PELOTAS		
Telefone: (53)3284-4960	Fax: (53)3221-3554	E-mail: cep.famed@gmail.com	

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS**



Continuação do Parecer: 750.144

uma escolha intencional, foi selecionado o município de Joinville em Santa Catarina no Brasil e cidade de Turim na região de Piemonte na Itália, locais a partir dos quais se realizará a presente pesquisa. O percurso no estágio sênior além da análise dos dados da realidade brasileira a partir da inserção no grupo de pesquisa do orientador no exterior envolverá uma observação de campo ano de 2015 em Turim - Itália na pesquisa do orientador no exterior visando identificar processos de deslocamento e ruptura com a lógica manicomial em direção a desinstitucionalização. Os sujeitos deste estudo serão usuários, familiares e trabalhadores dos serviços nos quais ocorrerão a pesquisa. Serão observados 30 sujeitos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 13 de Agosto de 2014

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

APÊNDICE

Apêndice A- Termo de consentimento livre e informado

Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)

Venho, respeitosamente por meio deste apresentar ao Sr. (a) o presente Termo de Consentimento Livre e informado caso concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada “**A REUNIÃO DE EQUIPE ENQUANTO ESPAÇO PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL**”, que tem por objetivo analisar a compreensão dos trabalhadores sobre a reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho. Trata-se de uma pesquisa articulada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas em nível de Mestrado, a qual será realizada por mim, Elitiele Ortiz dos Santos, Enfermeira, sob orientação da Profa. Dra. Valéria Cristina Chistello Coimbra.

Esclarecemos que será garantido o anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Será utilizado o uso de gravador. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo e do anonimato. Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Obrigado pela atenção,

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)
Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação da UFPEL Elitiele Ortiz dos Santos.
Telefone: 53-39211427 ou 53 - 81206366. E mail: elitiele_ortiz@hotmail.com

Apêndice B: Roteiro para o grupo de Negociação durante a Reciclagem de dados

- 1) Avaliem a reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho, considerando aspectos relacionais, de compartilhamento dos saberes, e responsabilização conjunta.
- 2) Avaliem o espaço da reunião de equipe, suas potencialidades e desafios para a gestão do serviço.

Apêndice C: Roteiro da observação de campo

Objeto de observação: Reunião de equipe no processo de trabalho

➔ Dia a dia dos profissionais

- Referência sobre a reunião de equipe no dia a dia dos profissionais,
- Que dia acontece a reunião de equipe, qual o horário, quanto tempo dura.

➔ No espaço da reunião

- que profissionais participam
- o que é discutido na reunião de equipe
- como é a participação dos profissionais na reunião
- relacionamento entre os participantes na reunião (relações horizontais, verticais, só um tem direito a fala, os outros não participam, quem detém a resposta final)
- compartilhamento dos saberes
- responsabilização dos profissionais
- discussão do PTS
- divisão de tarefas
- resolutividade das situações
- encaminhamentos

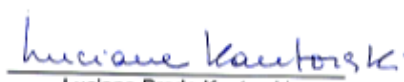


**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Carta de Autorização para Utilização de Dados de Pesquisa

Eu, Luciane Prado Kantorski, coordenadora do estudo qualitativo das duas edições da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL) desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, autorizo a Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Elitiele Ortiz dos Santos, a utilizar os dados da pesquisa citada anteriormente para a sua Dissertação de Mestrado, desde que respeite os princípios éticos, ou seja, mantendo o anonimato dos sujeitos e a responsabilização para com a pesquisa.

Pelotas, 01 de fevereiro de 2014.


Luciane Prado Kantorski
Coordenação do CAPSUL

II- Relatório de Trabalho de Campo

Relatório do trabalho de campo

O presente relatório de campo foi elaborado como requisito integrante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (Fen-UFPeL) em nível de Mestrado, na área de concentração em Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, e linha de pesquisa referente a Enfermagem em Saúde Mental e Saúde Coletiva.

O projeto de dissertação que teve por objetivo geral analisar a compreensão dos trabalhadores sobre a reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial, foi submetido ao exame de qualificação em fevereiro de 2014 com aprovação e incorporação de sugestões da banca examinadora e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa conforme Anexo A apresentado anteriormente.

O processo deu seguimento com a organização do material de campo das duas edições da pesquisa CAPSUL, e a preparação para retornar ao CAPS em estudo no período de 2014, pois senti a necessidade de estar entre aqueles profissionais, observar o processo de trabalho, e participar da reunião de equipe enquanto pesquisadora, e sobretudo, compreender os trabalhadores em suas necessidades e questões atuais.

Foi estabelecido como grupo de interesse os trabalhadores do CAPS Joinville/SC. Portanto, realizei uma análise prévia das entrevistas semiestruturadas e dos diários de campo da edição de 2006 e 2011 da pesquisa CAPSUL. No total foram 35 entrevistas e 535 horas de observação de campo conforme demonstra o Quadro 1.

Quadro 1- Número de entrevistas, horas de observação de campo, e marcador de avaliação da pesquisa CAPSUL na 1º e 2º edição.

Pesquisa CAPSUL	Entrevistas	Horas de observação	Marcador de avaliação
1º Edição/2006	14 trabalhadores	282 horas	Processo de trabalho: equipe, características e organização do trabalho
2º Edição/2011	21 trabalhadores	253 horas	

Para fazer a leitura na íntegra das entrevistas e diários de campo desenvolvi um roteiro afim de buscar informações sobre o objeto em estudo e sistematizá-las em um quadro (Quadro 2). O tema central foi a reunião de equipe, e as categorias temáticas foram aquelas relacionadas aos objetivos específicos da pesquisa. Assim, a partir das categorias temáticas, extraiu-se das entrevistas e diários de campo, núcleos de significados semelhantes (MINAYO, 2013).

Quadro 2 - Sistematização das informações coletadas nas entrevistas dos trabalhadores da 1º e 2º edição da pesquisa CAPSUL.

Dados de identificação		Tema central: Reunião de equipe		
Edição do CAPSUL	Função no serviço	Compartilhamento dos saberes	Responsabilização conjunta	Gestão do cuidado

A análise prévia teve por objetivo identificar questões de interesse, conflitos, contradições que surgiram nas entrevistas e diários de campos relacionados ao processo de trabalho.

Após a leitura do material selecionado identificou-se uma valorização da reunião de equipe nas falas dos profissionais sempre quando eram indagados a sobre questões iniciais como a elaboração do PTS, e o trabalho coletivo no CAPS. Também nos diários de campo, observou-se uma participação efetiva dos profissionais nas reuniões, mediante discussões incansáveis a respeito dos encaminhamentos do PTS e situações administrativas do serviço.

Essas informações deram subsídios para organizar o roteiro de observação de campo para a coleta de dados em 2014 e foram discutidas no grupo de negociação nesse mesmo ano afim de identificar a percepção dos profissionais sobre aquele espaço da reunião de equipe que frequentemente apareceu nas falas de 2006 e 2011, mas sem descrição específica do profissional expondo sua opinião a respeito da reunião de equipe, já que as questões não eram diretamente sobre esse tema. Assim, levando em consideração a valorização dos profissionais sobre o espaço da reunião, elenquei a seguinte questão para nortear a coleta de dados de 2014: “Qual a percepção dos profissionais sobre o espaço da reunião de equipe?”. Além disso, desdobrei outros itens de observação, que estão no roteiro de observação de campo para conseguir responder a referida questão central conforme Apêndice C do projeto de dissertação.

Os dados provenientes da análise prévia foram apresentados e discutidos em uma oficina com o grupo de Saúde Mental e Saúde Coletiva da Fen-UFPeL. Essa atividade foi muito válida, pois auxiliou a organizar os fragmentos de informações retirados de entrevistas e diários de campo de 2006 e 2011 nas categorias temáticas adequadas. Também algumas ideias para o trabalho de campo foram sugeridas, como a organização da reciclagem dos dados e contato com o campo.

A reabertura do caso de Joinville/SC em 2014 para coleta de dados foi possível pois é prevista na metodologia de Avaliação de Guba e Lincoln utilizada na pesquisa CAPSUL, que possibilita ao pesquisador um retorno ao campo de estudo para esclarecer questões que apareceram em coleta de dados anteriores e que precisaram de um maior esclarecimento (GUBA, LINCOLN, 2011).

Retornei ao campo com o objetivo de reciclar os dados, ou seja, esclarecer questões que apareceram na coleta de dados das edições anteriores e que precisaram de um maior esclarecimento, mas principalmente compreender as percepções e reivindicações atuais sobre o assunto em questão, pois acredito que as necessidades e apontamentos serão diferentes, mesmo que seja aquele trabalhador já entrevistado anteriormente, ou o serviço já estudado, considerando que os sujeitos são dinâmicos e influenciados diretamente pelo contexto social, econômico e político atual.

Três pesquisadoras foram fazer a reabertura do caso de Joinville/SC em 2014, eu e duas doutorandas sob a orientação de uma professora do PPGEnf da UFPeL, coordenadora da pesquisa CAPSUL. Cada pesquisadora com um objeto de

estudo e análise diferentes. Entretanto, o roteiro com a observação de campo foi compartilhado para que os três diários de observação fossem objetos de análise de todas as pesquisadoras.

O contato com o campo foi realizado com antecedência pelo telefone com a coordenadora do serviço. Falou-se sobre a pesquisa CAPSUL realizada nos anos anteriores e solicitou-se autorização para o retorno nas próximas semanas.

A coleta de dados aconteceu do dia 01 de abril ao dia 9 de abril de 2014. Foram sete dias de coleta de dados no turno da manhã e da tarde, totalizando 56 horas de observação de campo e um grupo de negociação que contou com a presença de 18 trabalhadores do serviço;

A imagem abaixo demonstra a fachada do serviço, a qual apresenta um jardim arborizado e limpo.



Figura1- Fachada do CAPS II, Joinville/SC, 2014.

Fomos bem recebidas no local, todos os profissionais e os usuários, se mostraram disponíveis e acolhedores. Logo de início chamou a atenção a organização dos profissionais em suas atividades, um planejamento cuidadoso da rotina do serviço, e uma preocupação em documentar e registrar o que é desenvolvido no local.

Foi nos disponibilizado um documento chamado “Linha Guia de Boas Práticas”, afim de que pudéssemos nos familiarizar mais com o serviço. A linha Guia estava sendo elaborada em conjunto por todos os trabalhadores e apresentava informações sobre o local, tais como a proposta do serviço, seus objetivos, o papel de cada profissional e a descrição das atividades terapêuticas com seus respectivos

propósitos. É um documento que descreve a organização e as práticas do serviço, para nortear/guiar os profissionais sobre modo de trabalho do CAPS.

Assim, as informações sobre o serviço que estão descritas neste relatório advém do documento acima referido, bem como, das informações dos diários de campo de 2006 e 2011 e da experiência da pesquisadora durante a coleta de dados em 2014.

O CAPS em estudo também é chamado de CAD- Centro de Atenção Diária “Nossa Casa”. O serviço funciona há aproximadamente 13 anos em uma casa alugada pela prefeitura. Foi o primeiro CAPS instituído no município e inicialmente visava atender toda a demanda de saúde mental da cidade, como casos graves, questões ambulatoriais, consultas com o psiquiatra, casos leves e moderados.

Com a ampliação da rede de saúde mental, e a consolidação das equipes de saúde mental na atenção básica, criação do CAPS Álcool e drogas, CAPS II, CAPSinfantil e Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS), o CAD (CAPSII) passou a desempenhar um papel mais característico de CAPS, com um funcionamento de acordo com os protocolos de CAPS, e com a proposta de “porta aberta”, conforme os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Humanização.

O CAD é responsável pela assistência aos usuários moradores nos bairros da região Centro-Sul do Joinville, e pelas ações de Matriciamento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, Regionais de Saúde deste território e no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt. Já a região norte do município, é atendida pelo CAPSIII, o qual também possui leitos para acolher usuários que necessitem de hospitalidade noturna.

A Rede de Atenção Psicossocial do município de Joinville é composta pelos seguintes serviços:

- **CAD-CAPSII-** Possui uma estratégia de corresponsabilização baseada em Miniequipes, nas quais os profissionais são divididos dentro do serviço em pequenas equipes, sendo responsáveis por usuários de determinados bairros da cidade da região Sul de Joinville,
- **CAPSIII-** Responsáveis pelos bairros da região norte de Joinville/SC e pela "hospitalidade" quando os usuários do serviço precisam de uma maior atenção, durante o período de 24 horas, assim evita-se a hospitalização destes. Alguns

usuários em hospitalidade no CAPS III, frequentam o CAPSII e outros espaços do território durante o dia.

- **CAPSad**- Acolhe usuários com transtornos mentais decorrentes do abuso de drogas.
- **CAPSi**- Disponibiliza suporte à demanda infanto-juvenil.
- **Regionais de Saúde**- Há quatro regionais de saúde que oferecem o apoio psicoterápico e terapêutico ocupacional aos usuários da sua área adscrita, enquanto o clínico geral de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) são responsáveis pela manutenção da conduta medicamentosa enquanto o usuário está em estabilidade no seu transtorno mental.
- **Unidades Básicas de Saúde**- Trabalham em articulação com as Regionais de Saúde e CAPS para atender a demanda de saúde mental, desenvolvendo um sistema de referência e contra-referência. Algumas também desenvolvem grupos terapêuticos.
- **Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**-É uma casa destinada a pessoas com sofrimento psíquico que perderam o vínculo familiar.
- **Pronto Atendimento Psicossocial (PAPS)**- Caracteriza-se por ser uma central de atendimento médico-psiquiátrico ambulatorial, responsável por atender toda a demanda leve e moderada do município.
- **Hospital Regional Hans Dieter Schmidt**-Nos momentos de crise intensa, os usuários são encaminhados para a ala psiquiátrica do Hospital Regional, responsável pelos cuidados de estabilização do usuário, sendo este um serviço que atende toda a demanda da região nordeste do estado de Santa Catarina. Os CAPS também atuam nos momentos de crise e na continuidade da estabilização do usuário, até que este seja encaminhado ou reencaminhado à UBS de seu território.
- **Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS)**- É um serviço destinado à atenção aos usuários no tratamento em saúde mental, que tenham o seu quadro estabilizado. O foco é no incentivo à autonomia, com abordagem em quatro pilares: educação, moradia, trabalho e convivência.

Na figura abaixo, alguns serviços da rede de saúde mental podem ser observados, bem como, a sua dinâmica de articulação na rede de saúde.

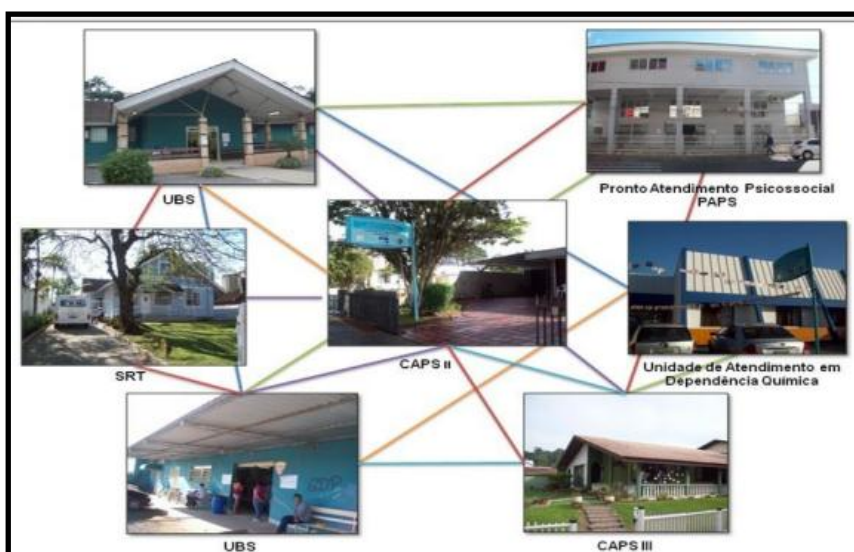


Figura 2- Representação de alguns serviços da rede de Atenção em Saúde Mental no município de Joinville- SC, 2011.

Fonte: Guedes et.al. (2011).

Pode se perceber uma rede diversificada de serviços de saúde mental, que de forma articulada tem a possibilidade de garantir um cuidado integral aos usuários. A proposta é que o usuário transite entre os serviços e utilize das especificidades terapêuticas de cada um de acordo com a sua necessidade. No centro da Rede é possível visualizar o CAD, um serviço de referência para os usuários e para os outros serviços da rede de Atenção Psicossocial.

A seguir, são apresentados os objetivos e a metodologia de trabalho do CAD do município de Joinville/SC.

Quadro 3- Objetivo e metodologia do CAPS II, Santa Catarina, RS, 2014.

Objetivos		Metodologia utilizada para alcançar os objetivos
Geral	Específicos	
-Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e	- Prestar atendimento em regime de atenção diária de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS); -Gerenciar os projetos terapêuticos singulares oferecendo cuidados em saúde mental; - Promover a reinserção	- Realização de ações para inclusão da pessoa em sofrimento mental, como: oficinas terapêuticas, atendimento individual e familiar, visitas domiciliares e

fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.	psicossocial dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam moradia, meio ambiente, trabalho, renda, educação, esporte, lazer, cultura e o acesso aos bens e serviços essenciais, elaborando estratégias conjuntas; - Oferecer suporte à atenção à saúde mental na rede básica, ESF (Estratégia Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); - Realizar reuniões semanais na unidade hospitalar onde existam leitos psiquiátricos; - Manter atualizada a listagem dos usuários do serviço que utilizam medicamentos para a saúde mental.	matriciamento à rede de atenção básica.
--	--	--

De acordo com os objetivos, pode-se perceber o comprometimento do serviço em proporcionar um cuidado substitutivo de atenção com vistas a reinserção social nos espaços da comunidade e fortalecimento com os vínculos familiares. Ainda, nos objetivos específicos observam-se outras estratégias que reafirmam a importância do CAPS ao oferecer suporte ao usuário com a elaboração de um PTS articulado aos demais serviços e setores da rede. Diante disso, a metodologia utilizada inclui as ações terapêuticas e articuladas a rede de saúde.

O público alvo do serviço são pessoas acima de 18 anos, com sofrimento mental grave e persistente associado a psicoses e neuroses graves, que em crise necessitem de acompanhamento intensivo. É necessário que tenha suporte familiar e/ou social e não apresente retardo mental grave ou moderado, quadros neurológicos incapacitantes e dependência química.

De acordo com a Linha Guia de Boas práticas, em 2013 o perfil dos usuários do CAD foi identificado de acordo com três características: sexo, faixa etária e transtorno diagnosticado.

Dos usuários que frequentaram o CAD, 52% são do sexo masculino com uma diferença de cinco pessoas. Considerando a faixa etária acima de 18 anos e um total de 125 usuários em acompanhamento.

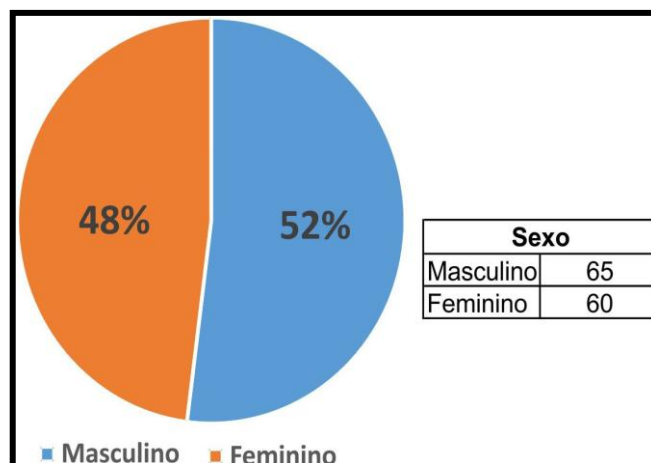


Figura 3- Perfil dos usuários do CAD de acordo com o sexo.

Fonte: Relatório emitido pela Secretaria Municipal de saúde referente as atividades do CAD “Nossa Casa”no ano de 2013.

A maioria dos usuários que frequentam o serviço estão na faixa etária dos 31 a 50 anos, totalizando 57% dos usuários, sendo que dos 31 a 40 anos corresponde 29 % dos usuários e apenas cinco usuários com 60 ou mais estavam em acompanhamento no CAD.

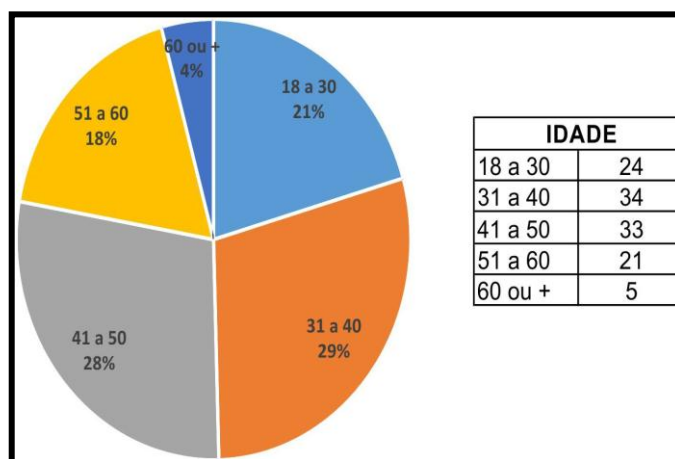


Figura 4- Perfil dos usuários do CAD de acordo com a faixa etária.

Fonte: Relatório emitido pela Secretaria Municipal de saúde referente as atividades do CAD “Nossa Casa”no ano de 2013.

Os diagnóstico de Esquizofrenia e transtorno delirante são responsáveis por acometer 56% dos usuários que frequentaram o CAD em 2013. Seguidos dos transtornos de humor (afetivos) presente em 28% dos casos. Os transtornos de

alimentação correspondem a 7% dos casos, 6% são transtornos fóbicos e ansiosos e 3% transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas.

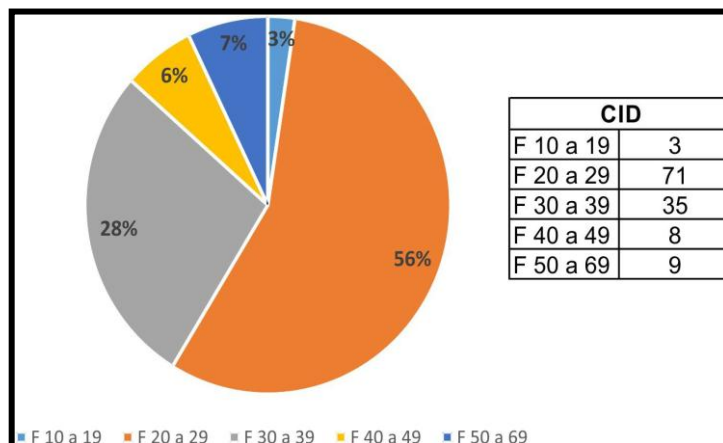


Figura 5- Perfil dos usuários do CAD de acordo com o sofrimento psíquico

Fonte: Relatório emitido pela Secretaria Municipal de saúde referente as atividades do CAD “Nossa Casa”no ano de 2013.

Diante disso, o perfil identificado dos usuários que frequentam o CAD são: usuários adultos; sexo masculino e transtorno de esquizofrenia. No entanto, não pode-se afirmar que há uma relação entre essas características.

Com relação a estrutura física do CAD, observou-se uma casa antiga, com uma área física ampla. Logo na entrada há uma sala, na qual são realizados os acolhimentos em seguida um corredor que bifurca, de um lado para o refeitório, piscina e pátio, e do outro para o interior da casa. O interior é espaçoso, com muitas salas de atendimento em grupo, e individual, sala da farmácia e espaços de convivência com televisão. Nas paredes há desenho e recortes, também há enfeites nos armários, percebe-se que são decorações desenvolvidas nas oficinas terapêuticas realizadas pelos usuários.

O Serviço funciona das 7h as 18h, oferece café, almoço, e lanche para os usuários. A porta de entrada para tratamento no CAD-CAPSII é o acolhimento, realizado de segunda a sexta-feira por um profissional de nível superior designado no dia para a função.

É estabelecido um projeto terapêutico singular (PTS) para cada usuário/a que é recebido no serviço. Este PTS é construído em conjunto com o próprio usuário e pode ser alterado a qualquer momento, por solicitação deste, ou por avaliação da equipe técnica, desde que acordado com a pessoa a quem se destina.

O CAD-CAPSII faz constantemente visitas domiciliares, orientações a familiares, individuais e em grupos, além das atividades de Matriciamento, auxiliando as equipes da atenção básica, visando sempre a reinserção e o resgate do convívio social.

Tivemos acesso a todas as atividades do serviço, como oficinas terapêuticas, acolhimento, atendimento individual, reuniões de miniequipes e reuniões gerais. Também acompanhamos os profissionais do serviço em atividades extra CAPS, como as reuniões com o hospital geral, com o Serviço Residencial Terapêutico, e com as Estratégias de Saúde da Família. São profissionais implicados com aquilo que desenvolvem, sempre dispostos a discutir situações e casos e acolher o usuário em qualquer momento.

A equipe de trabalho do CAPS é interdisciplinar conforme demonstra o quadro 2. Nos três anos estudados foi identificado a presença dos seguintes profissionais: Assistente social, Psicólogo, Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Em 2006 não haviam Terapeutas Ocupacionais no serviço e nem Farmacêutico, e em 2011 não identificou-se profissional médico na equipe. O vigilante do serviço já não estava presente em 2011 e 2014, e o profissional motorista só foi observado no último ano.

Quadro 4- Equipe de trabalho nos anos três anos estudados.

Equipe de trabalho 2006	Equipe de trabalho 2011	Equipe de trabalho 2014
T1- Burocrata T2- Psicóloga T3 –Psicóloga T4-Enfermeira T5-Psicóloga T6-Técnica de Enfermagem T7- Profissional de Serviços Gerais T8-Auxiliar de Enfermagem T9- Enfermeira T10- Assistente Social T11- Vigilante T12- Assistente Social T13-Técnica de Enfermagem	T1-Técnica de Enfermagem T2- Terapeuta Ocupacional T3–Terapeuta Ocupacional T4-Psicóloga T5-Enfermeiro T6- Assistente Social T7-Psicóloga T8-Terapeuta Ocupacional T9- Assistente social T10- Técnica de Enfermagem T11- Terapeuta Ocupacional T12-Farmacêutica T13- Técnica de Enfermagem T 14- Enfermeiro	T1- Assistente Social T2- Assistente Social T3 -Enfermeira T4-Enfermeira T5-Farmacêutico T6- Médico Clínico Geral T7-Médico Psiquiatra T8-Psicóloga T9-Psicóloga T 10- Psicóloga T11- Técnico de Enfermagem T12-Técnico de Enfermagem T13- Técnico de Enfermagem T14- Técnica de

T 14- Enfermeiro T15-Técnica de Enfermagem T16-Médico Psiquiatra T17- Assistente Social T18-Auxiliar de Enfermagem	T15- Auxiliar de Serviços Gerais T17- Auxiliar de Serviços Gerais T18- Auxiliar de Serviços Gerais T19- Burocrata T20- Burocrata	Enfermagem T15- Burocrata T16- Burocrata T17- Burocrata T18- Auxiliar de Serviços Gerais T19- Auxiliar de serviços gerais T20- Auxiliar de Serviços Gerais T21- Motorista T22- Auxiliar de Enfermagem T23- Auxiliar de Enfermagem T24- Terapeuta Ocupacional T25- Terapeuta Ocupacional T26- Terapeuta Ocupacional
--	--	--

De modo geral, houve um aumento no quadro de profissionais do CAPS, e outras formações foram sendo agregados como é o caso do Terapeuta Ocupacional e do Farmacêutico. Por outro lado, o profissional vigilante já não estava em 2011 e 2014, pois segundo relato dos profissionais ele foi remanejado, não sendo mais solicitado pela equipe a Secretaria Municipal de Saúde, pois a equipe se propôs a trabalhar de “porta aberta” entendendo que esse conceito também inclui aspectos de organização, considerando o direito de entrada e saída do CAPS, sem pedir autorização para algum profissional específico com função de vigiar e controlar.

Os profissionais do CAD se organizam em miniequipes. Essa organização é uma proposta de trabalho diferenciada de outros serviços de saúde mental, pois os profissionais do serviço são reagrupados em equipes menores composta por aproximadamente cinco profissionais com formações distintas. Não fazem parte dessas miniequipes os profissionais de serviços gerais, o vigilante, os profissionais técnicos administrativos, o motorista do serviço. Os profissionais que fazem parte das miniequipes são aqueles denominados equipe técnica, com formação de nível técnico ou superior. Os demais profissionais são considerados equipe de apoio.

Logo na entrada do serviço, no espaço da sala, é possível visualizar uma representação da organização do trabalho em miniequipes por cores (vermelha,

laranja, verde e azul), com o nome dos profissionais das respectivas miniequipes e abaixo, em folha de ofício, o nome da Regional de saúde e UBS que cada miniequipe é referência para realizar o matriciamento.



Figura 7- Representação das miniequipes por cores.

A conformação em miniequipes existe desde 2006, e constitui-se como com a proposta de trabalho coletivo que organiza o serviço e responsabiliza todos os profissionais pelo cuidado em saúde, uma vez que a miniequipe com menos profissionais exige atuação efetiva de todos, pois esta equipe torna-se referência.

Com a organização em miniequipe o técnico de referência foi sendo substituído pelo protagonismo das miniequipes, que passaram a ser a referência para o usuário. No entanto, independente da miniequipe a qual o profissional pertencia, percebia-se que se sentiam responsáveis pelos casos, propondo-se a discutir entre miniequipes e na reunião geral com todos.

Cada miniequipe é responsável por determinados bairros de cidade, previamente já combinados entre a equipe, e diante disso, essa miniequipe torna-se referência não só para o usuário, como também para os profissionais do CAD, os das regionais e respectivas UBS.

Há dois anos o Matriciamento é realizado pelas miniequipes que junto com as regionais de saúde dão o suporte de saúde mental para as unidades Básicas de Saúde. As regionais contam com psiquiatras, psicólogos e terapeuta ocupacional, e desenvolvem atividades como: oficinas e grupos terapêuticos, consultas individuais e entrega de medicação.

Os encontros de Matriciamento são realizados duas vezes por mês ou conforme a necessidade quando a UBS solicita um auxílio para discutir algum caso de saúde. Nesses encontros, discutem o PTS dos usuários, sua inserção em oficinas nas regionais de saúde, no CAPS e na UBS, possibilidades de transferência de cuidado do CAPS para a UBS, visitas domiciliares e avaliações de caso para encaminhamento ao CAPS. Abaixo, na Figura 2, é possível visualizar uma representação das miniequipes e suas respectivas regionais e Unidades Básicas de Saúde, onde são realizados o Matriciamento:

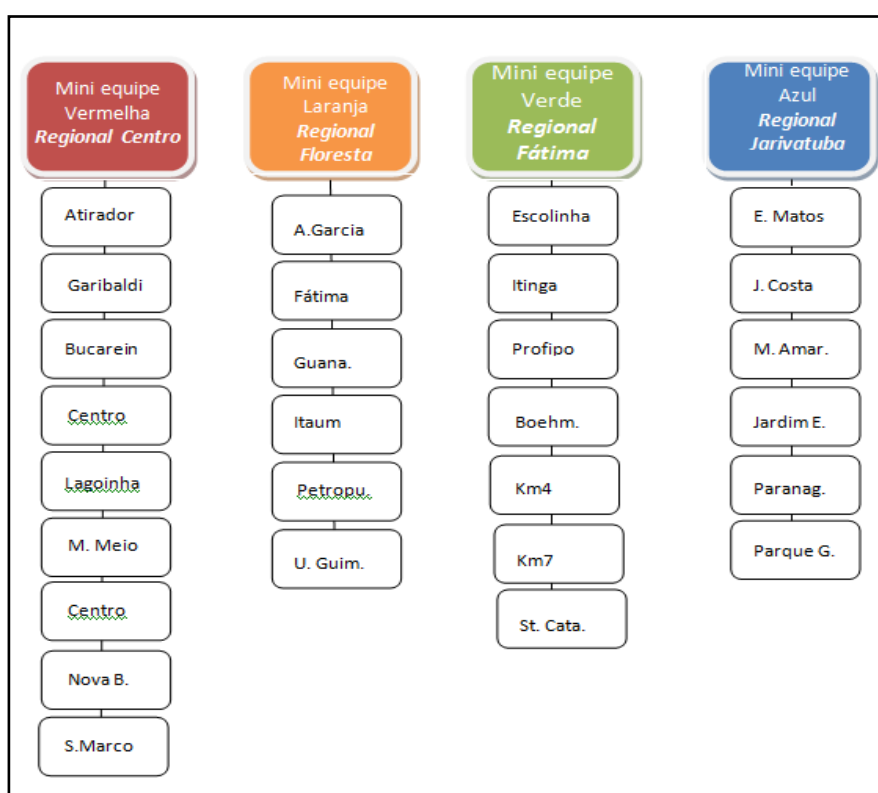


Figura 8- Organização do trabalho do CAD em miniequipe e as respectivas Regionais de Saúde e os Bairros que a miniequipe é referência.

No interior do serviço, as reuniões de miniequipe acontecem das 12h às 13h na segunda-feira, na terça-feira e na quinta-feira. Na quarta e na sexta-feira acontecem as reuniões gerais. Portanto, há reuniões diárias.

Pude observar que as reuniões de miniequipe são espaços formais para discutir os assuntos de interesse do grupo e conta com a participação dos trabalhadores que ficaram no serviço no turno da manhã e aqueles que estão assumindo o período de trabalho da tarde de cada miniequipe. É como se fosse uma troca de plantão, em que cada miniequipe em salas separadas conversam sobre os

acontecimentos do turno anterior, a diferença é que, mesmo sendo reuniões separadas por miniequipe, todos são responsabilizados pelos casos em saúde.

Acompanhei três reuniões de miniequipe, da miniequipe Laranja, da Azul e da Verde. Estes espaços possibilitam que profissionais conversem sobre todos os usuários pelos quais são responsáveis, suas necessidades clínicas e psicossociais, e sobretudo, possibilidades de auxiliá-lo a se organizar na vida cotidiana, buscando fortalecer o Plano Terapêutico Singular mediante discussões atentas da miniequipe sobre as estratégias que estão sendo efetivas e aquelas que precisam de ajustes a serem propostos. Os profissionais também se apoiam uns nos outros para fortalecer as decisões, valorizando a experiência e a formação profissional do colega.

Por não haver muitos profissionais na reunião de miniequipe, percebe-se que os presentes ficam muito envolvidos nos casos discutidos, pois sentem-se na responsabilidade de contribuir com seu saber e opinião diante do pequeno grupo.

Na quarta e na sexta-feira acontecem as reuniões gerais com a participação de todos os profissionais das miniequipes. Nas duas reuniões que participei, observei um envolvimento de todos, permitindo que profissionais com formação diferente dos daquela miniequipe, exponham sua opinião sobre o tema em questão e sobretudo também se responsabilizem pelos casos recebidos no serviço.

Na figura abaixo, observa-se a sala em que acontecem as reuniões gerais. Os profissionais sentam-se em círculos, e a ata da reunião geral é realizada por um profissional que já está no cronograma para tal função. Os cronogramas de divisão de tarefas do CAD são elaborados mensalmente em conjunto.

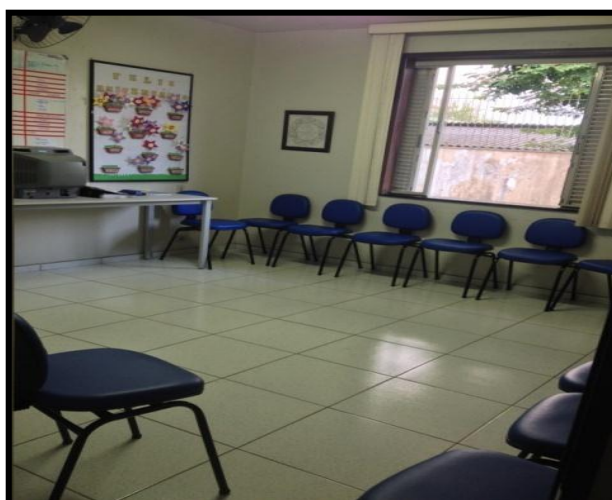


Figura 9- Sala de reuniões de equipe.

Os assuntos discutidos na reunião geral envolvem casos complexos que os trabalhadores da miniequipes precisam de auxílio, além disso, compartilham com a equipe os casos que foram acolhidos e admitidos no serviço e aqueles casos que a miniequipe pretende dar a alta do CAPS, ou seja, a transferência de cuidados para a UBS do território. É um espaço muito importante, pois gera discussões e encaminhamentos que dão subsídios para o trabalho das miniequipes, já que conta com a participação de todos os profissionais com formações distintas, os quais apresentam como está sendo realizado o trabalho nas suas miniequipes, trocam as experiências e se apoiam nas anseios, angústias e dificuldades.

Assim, é possível perceber que a organização em miniequipes potencializa as trocas entre os profissionais, pois além de discutirem de forma aprofundada em suas miniequipes organizando ideias e propostas, buscam o auxílio de outras miniequipes e inclusive discutem no grande grupo casos em saúde a fim de elaborar um PTS mais próximo daquelas necessidades dos usuários. A figura abaixo representa essa ideia.

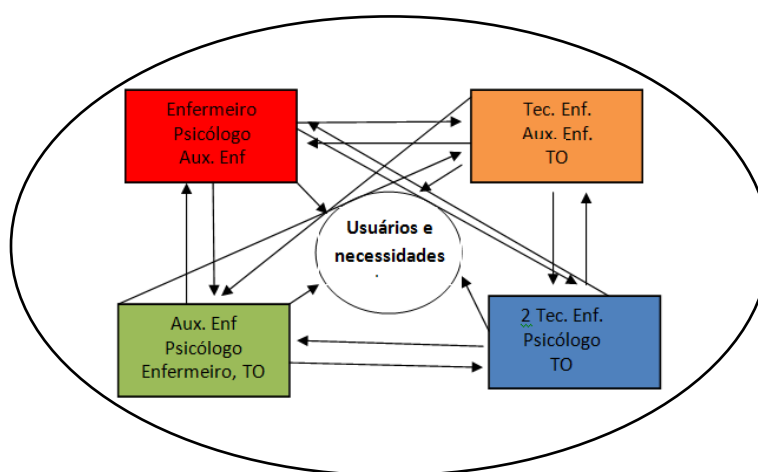


Figura 10- Representação das trocas interdisciplinares entre as miniequipes em torno do eixo indivíduo e necessidades.

Também nas reuniões gerais surgem muitos assuntos administrativos de organização do serviço como oficinas, horários, substituição de profissionais, divulgação de eventos, e comunicados de reuniões que aconteceram fora CAPS, com as de Matriciamento e com o Hospital Regional.

Nas reuniões gerais fica bem evidente o posicionamento dos profissionais para defender e contribuir com suas opiniões. Sempre há aqueles que ficam

distraídos, em conversas paralelas, realizando registros pendentes e/ou que querem sobrepor sua opinião. Mas no geral, todos são participativos, atentos aos casos, preocupados em encaminhar situações pendentes, buscando democraticamente expor e escutar a opinião afim de fortalecer e acertar as decisões.

Os profissionais sempre planejam como será a rotina do serviço durante a próxima semana e já direcionam qual será o papel de cada um nas atividades. Essas informações ficam escritas em um quadro localizado na sala de reuniões. Abaixo está o cronograma de atividades no período que estávamos realizando a coleta de dados no serviço. A quarta-feira não está incluída no quadro, pois nesse dia, os profissionais tomam um café da manhã em conjunto e logo fazem uma reunião geral com duração de duas horas mais ou menos. A tarde os profissionais organizam documentos, registros, e outras atividades relacionadas a organização das miniequipes do CAD. Portanto, na quarta-feira o CAD não disponibiliza atividades para o público, mas o acolhimento é realizado em qualquer momento se chegar algum usuário.

Quadro 5- Rotina semana de atividades dos profissionais do CAD-CAPS II de Joinville/SC, 2014.

	Segunda-feira	Terça-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Atividades no serviço	Nome dos usuários que estarão no serviço	Nome dos usuários que estarão no serviço	Nome dos usuários que estarão no serviço	Nome dos usuários que estarão no serviço
Atendimento individual	Enfermeira	Enfermeira, Assistente social, Psicóloga.	Enfermeira	
Visita domiciliar	Técnica de Enfermagem e Assistente social	Enfermeira, Técnica de Enfermagem, Psicóloga	Téc. de Enfermagem	Carros para oficinas esporte
Técnico do dia	Psicóloga	Terapeuta Ocupacional	Assistente Social	Enfermeira
Recepção	Assistente Social	Psicóloga e Tec. de Enfermagem	Tec. de Enfermagem	Téc. de Enfermagem
Enfermagem	2 Técnicos de Enfermagem	2 Técnicos de Enfermagem	2 Técnicos de Enfermagem	2 Técnicos de Enfermagem
Propostas	-Oficina de Mosaico/Jogos (Tec. Enfermagem; Auxiliar de Enfermagem, Assistente	-Faça fácil (Tec. Enfermagem; Auxiliar de Enfermagem). - Dança (Tec. de Enfermagem).	-Argila (Enfermeira e Tec. de Enfermagem) -Mosaico (Tec.	-Grupo de Alta (Assistente social). -Pintura(Tec. de Enfermagem). -Passeio (Tec.

	social) -Falar e ouvir (Assistente social)	-Customização (Enfermeira) -Grupo de sentimentos (Assistente social)	Enfermagem; Auxiliar de Enfermagem).	Enfermagem; Auxiliar de Enfermagem). - Reciclando (Tec. de Enfermagem e Terapeuta Ocupacional).
Atendimento individual		Terapeuta ocupacional e Enfermeira	Terapeuta ocupacional e Tec.de Enfermagem	Psicóloga e Assistente Social
Visita domiciliar	Psicóloga e Tec. de Enfermagem	Terapeuta ocupacional e Psicóloga	Téc. de Enfermagem	Terapeuta Ocupacional
Técnico do dia	Terapeuta Ocupacional, Assistente social	Psicóloga	Terapeuta Ocupacional	Psicóloga
Recepção	Enfermeira	Tec. Enfermagem e Psicóloga	Tec. de Enfermagem	Enfermeira
Enfermagem			Tec. de Enfermagem	Tec. de Enfermagem
Propostas	-Dança (Enfermeira e Terapeuta ocupacional) -Mistura Cultural (Técnica de Enfermagem) -Grupo (Terapeuta ocupacional)	-Pintura (Terapeuta Ocupacional) -Desenho e palavras (Enfermeira) -Culinária (2 Técnicas de Enfermagem). -Oficina (Assistente social)	- Teatro (Psicóloga e Técnica de Enfermagem) -Falar e ouvir (Psicóloga)	-Coral (Terapeuta Ocupacional) -Saúde e Beleza (Técnica de Enfermagem e Enfermeira) -Contação de Histórias (Terapeuta ocupacional)
Levar usuários para casa	Téc. de Enfermagem e Enfermeira	Terapeuta ocupacional, Assistente social, e Psicóloga	Psicóloga	Terapeuta Ocupacional

Observa-se no quadro um planejamento semanal das atividades, com a distribuição de tarefas e com uma rotatividade de função que foi organizada em conjunto. Se num dia um profissional está no atendimento individual, no outro, fará o acolhimento e visita domiciliar, e no outros estará encarregado de acompanhar o usuário até em casa, de Kombi , como é o caso da rotina de uma das psicólogas observada no quadro acima.

Os profissionais já sabem quais os usuários que irão frequentar o serviço no determinado dia da semana, pois essa combinação já foi realizada em conversa com o usuário anteriormente quando iniciam a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) levando em consideração as atividades que o usuário gostaria de desenvolver e quais dias tem disponível para participar do serviço.

Ao chegarem no serviço no turno da manhã, os usuários são recebidos pela profissional responsável pela recepção, e são direcionados para a varanda. Após se apresentarem, são informados sobre quais oficinas estarão disponíveis naquele turno e imediatamente se inscrevem para participar daquela que mais lhe chamou a atenção. Assim, as atividades são escolhidas aleatoriamente pelo usuário, que estrategicamente está inserido naquele dia, pois são atividades que o mesmo já demonstrou interesse em uma consulta individual para construção do PTS.

Ainda, é solicitado que se responsabilizem por algumas atividades, tais como, auxiliar no café da manhã, regar as plantas, auxiliar no almoço, no café da tarde, organizar o fumódromo, e regar as plantas de tarde quando necessário. Logo, tomam um café da manhã. Na Figura abaixo é possível visualizar o registro das combinações realizado pela profissional que fez a recepção.

TABELA TAREFAS DIÁRIAS - DATA: 06/09/2024

AMANHÃ	*REGAR AS PLANTAS	FUMÓDROMO	ALMOÇO	CAFÉ TARDE	FUMÓDROMO	*REGAR AS PLANTAS (quando necessário)
Maria M. Júlia Sergio	/	Nelson João	Maria M. Rosa Denise Evelina	M. Magalhães Júlia Sergio	Nelson	
<u>Luca - final</u> 1. Sérgio 2. Maria B. 3. Evelina 4. Maria Louisa Mend. 5. Juliana Alvares 6. Celso 7. Valéria S.		<u>Denise</u> 1. Rosa G. 2. M. Denise Souto 3. Maria Magalhães 4. Denise 5. João		<u>Maria M.</u> 1. Denise 2. Sérgio 3. Júlia		<u>Denise</u> 1. Denise 2. Sérgio 3. Maria Magalhães 4. Denise 5. João
				<u>Denise e Valéria</u> 1. Denise 2. Sérgio 3. M. Magalhães 4. Júlia 5. Nelson 6. Sérgio	7. Maria	

Grupos fechados: não será pela inscrição, então colocar o nome do usuário para relembrá-lo e não inscrevê-lo nas oficinas.

***RECOMENDAÇÕES PARA REGAR AS PLANTAS:**

- caso chova não é necessário;
- em dias quentes, regar pela manhã e no final da tarde;
- em dias menos quentes, poderá ser uma rega diária.

Figura 11- Organização das atividades diárias combinadas com os usuários e preenchidas pelo profissional durante a recepção dos usuários.

Os usuários que não estão inscritos nas oficinas ficam nos espaços de convivência da casa como na sala assistindo televisão, conversando com outros usuários, e também, no pátio, alguns fumando.

O técnico do dia é aquele profissional responsável por fazer os acolhimentos de todos os usuários que forem encaminhados para o serviço e/ou que procuraram por conta própria. Ainda na rotina do serviço, acontecem ações realizadas internamente e externamente conforme pode ser visualizado no Quadro abaixo.

Quadro 6- Descrição das atividades realizadas pelo CAD.

Atividades realizadas pelo CAD	
Atividades internas	Atividades externas
- Acolhimento para direcionamento dos casos que buscam o serviço, bem como, necessidade de avaliar os casos que são admitidos para o serviço. - Atendimento individual: Prescrição e uso de medicamentos, psicoterapia e orientações em geral, com a finalidade do entendimento da dinâmica de cada caso e a elaboração do projeto terapêutico singular; - Atendimento em grupo: Oficinas de atividades expressivas, artesanato, culturais, com trabalhos manuais e material reciclável, grupos de apoio e atividades esportivas que possuem o objetivo da integração intra e inter-pessoais; - Atendimento para a família: grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de lazer com familiares para a reinserção social do paciente, entendimento do familiar sobre a dinâmica do sofrimento psíquico e projeto terapêutico conjunto; - Assembleias ou reuniões de organização do serviço: assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem seus problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a	- Integração com as equipes de atenção básica de seu território, objetivando a inclusão social, bem como, a promoção de saúde integral do usuário em sofrimento mental; - Apoio matricial às equipes de atenção básica, fornecendo orientação e supervisão, atendimento conjunto de situações mais complexas, visitas domiciliares acompanhadas das equipes de atenção básica, e atendimento aos casos complexos por solicitação da atenção básica; - Atividades de educação permanente (capacitação e/ou supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica. - Iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território.

organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.	
---	--

Há uma gama de atividades que são desenvolvidas pelos profissionais tanto no interior do serviço, como fora dele, e estes, as realizam de forma tranquila, conscientes da sua função na organização do “todo”, e além disso, seguros, pois são sabedores quanto ao que foi feito e o que será encaminhado. Também percebem nos colegas um amparo, para os momentos de dúvida, troca de saberes e opinião no dia a dia, que se potencializam no momento das reuniões de miniequipe no CAPS e nas do território.

A organização do processo de trabalho em miniequipes foi analisada em 2013, e a seguir será apresentado alguns resultados do trabalho da equipe do CAD que demonstram a atuação efetiva das miniequipes referente ao número de acolhimentos, admissões, readmissões, visitas domiciliares, atendimentos domiciliares, busca ativa, Matriciamento e transferências de cuidado.

No total, foram 98 admissões em 2013. A equipe Azul somou mais admissões que as outras, foram 32 admissões, na equipe Laranja foram 26 admissões, 22 admissões foram contabilizadas pela equipe Verde e a equipe Vermelha somou 18 admissões.

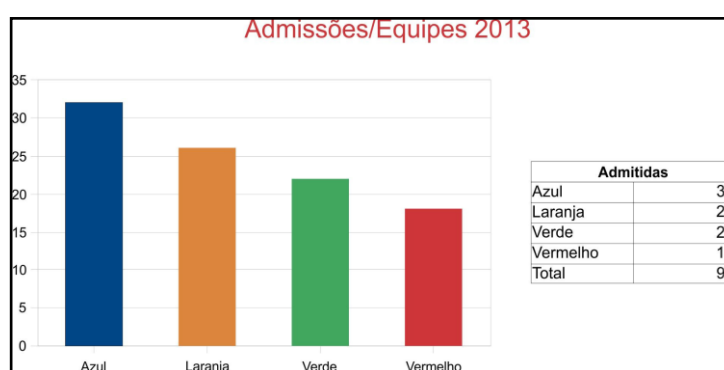


Figura 12- Gráfico que demonstra o número de admissões por miniequipe em 2013.

Fonte: Relatório emitido pela Secretaria Municipal de saúde referente as atividades do CAD “Nossa Casa” no ano de 2013.

Sobre as readmissões, foram 19 na equipe Azul, 17 na equipe laranja. A equipe Verde somou 24 readmissões e na equipe Vermelha foram 10 readmissões, totalizando 70 readmissões no CAD.

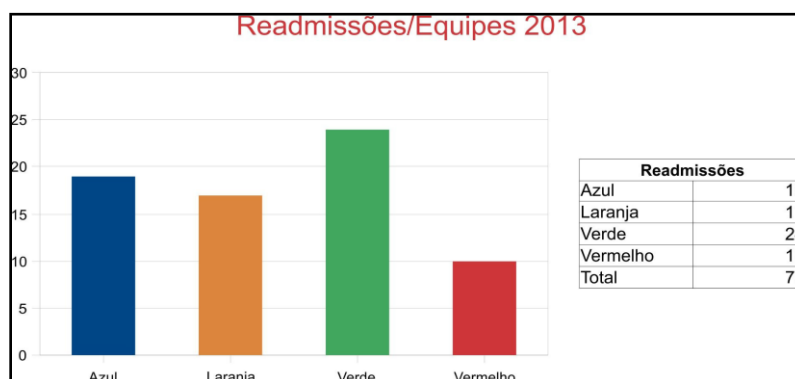


Figura 13- Gráfico que demonstra o número de readmissões por miniequipe em 2013.

Fonte: Relatório emitido pela Secretaria Municipal de saúde referente as atividades do CAD "Nossa Casa" no ano de 2013.

De janeiro a dezembro de 2013 a equipe realizou 186 Visitas a domicílio, destas, 41 foram realizadas pela equipe Verde; 27 pela equipe Laranja; 39 intervenções foram realizadas pela equipe Azul e a equipe Vermelha realizou 79 visitas domiciliares.

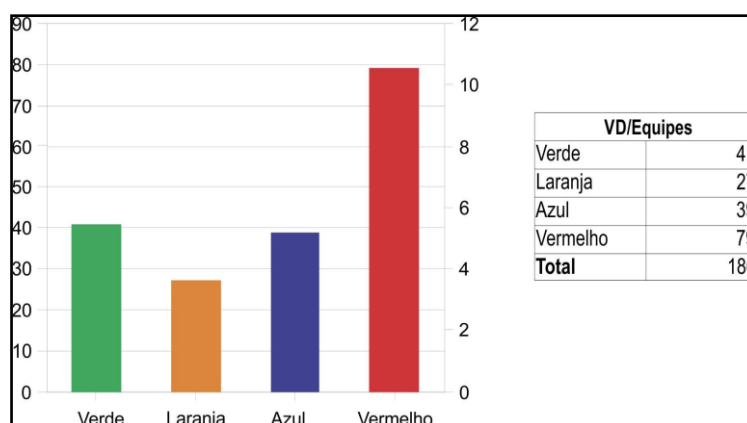


Figura 14- Gráfico que demonstra o número de visitas domiciliares por miniequipe em 2013.

Fonte: Relatório emitido pela Secretaria Municipal de saúde referente as atividades do CAD "Nossa Casa" no ano de 2013.

Ainda no mesmo ano, foram feitas 29 buscas ativas pelas miniequipes, sendo que 4 buscas foram realizadas pela equipe Verde; a equipe Laranja realizou 13 buscas ativas, na equipe Azul foram 4, e 8 busca ativa foram feitas pela equipe Vermelha.

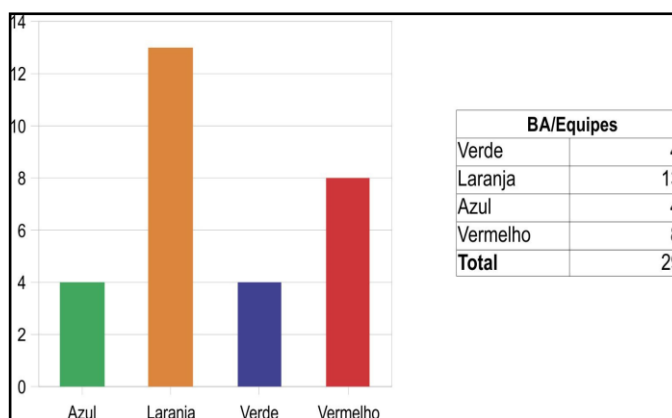


Figura 15- Gráfico que demonstra o número de busca ativa por miniequipe em 2013.

Fonte: Relatório emitido pela Secretaria Municipal de saúde referente as atividades do CAD “Nossa Casa” no ano de 2013.

No total realizou-se 134 ações de Matriciamento em 2013. A equipe Verde contribuiu com 25 ações articuladas ao Regional Floresta e suas UBS. Na equipe Laranja foram 17 ações de Matriciamento Junto a Regional Fátima;. 15 ações foram realizadas pela equipe Azul e 77 pela Vermelha nas regionais Jarivatuba e Centro respectivamente.

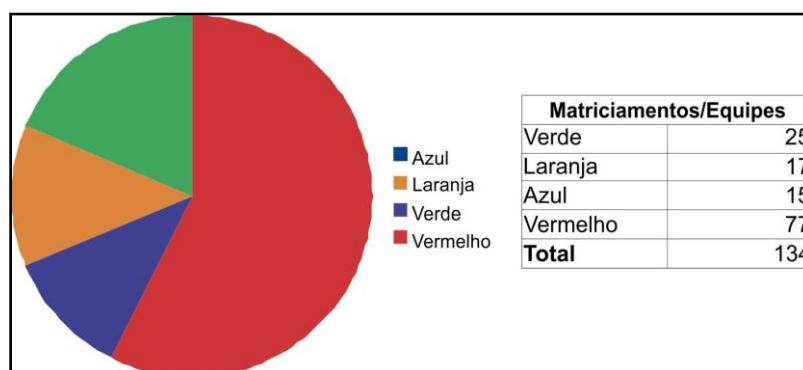


Figura 16- Gráfico que demonstra o número de Matriciamentos por miniequipe em 2013.

Fonte: Relatório emitido pela Secretaria Municipal de saúde referente as atividades do CAD “Nossa Casa” no ano de 2013.

O CAD trabalha com a proposta de Alta do usuário, também chamada por eles de Transferência de Cuidado. Desde a admissão do usuário no serviço realiza-se um Plano Terapêutico Singular com o objetivo que o usuário tenha uma reabilitação psicossocial e consiga ser transferido dos cuidados do CAPS para os cuidados do território com apoio das Regionais de Saúde e UBS. Assim, em 2013 foram realizadas 158 altas, destas 48 foram realizadas pela equipe Verde, 32 pela

equipe Laranja, 48 foram realizadas pela equipe Azul e a equipe Vermelha realizou 30 altas. Das 158 altas, 108 foram relacionadas a uma avaliação clínica que identificou a necessidade de uma transferência de cuidados para o território, 29 casos foram por abandono do tratamento no CAD, 12 estavam relacionados a mudança de endereço, 7 foram altas a pedido, e 2 óbitos.

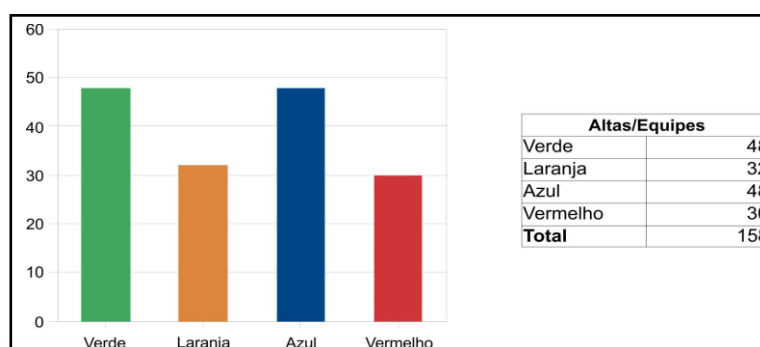


Figura 17- Gráfico que demonstra o número de Altas por miniequipe em 2013.

Fonte: Relatório emitido pela Secretaria Municipal de saúde referente as atividades do CAD “Nossa Casa” no ano de 2013.

Os dados apresentados demonstram que os profissionais apresentam uma organização sólida em miniequipes com ações efetivas como acolhimentos e visitas domiciliares. Também observa-se articulações necessárias dessas miniequipes com os dispositivos do território afim de garantir a proposta de alta e cuidado integral proporcionado pelas miniequipes na construção do Plano Terapêutico Singular.

No último dia de coleta de dados foi realizado o grupo de reciclagem. A data do grupo foi acordada previamente com os profissionais, optando-se pela quarta-feira no horário em que seria realizada a reunião geral, das 10h as 12h da manhã. Estavam presentes cerca de 18 trabalhadores sentados em círculo. Foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Informado, para que autorizassem sua participação na pesquisa e divulgação dos dados, ciente dos benefícios e malefícios possíveis.

Duas pesquisadoras ficaram responsáveis por realizar os registros daquele momento em diário e campo, enquanto a outra fez a apresentação do material aos profissionais. Foi utilizado o PowerPoint para apresentar as questões que não

havia sido esclarecidas na análise prévia das edições anteriores da pesquisa CAPSUL, e também as que apareceram na observação de campo em 2014.

Sobre reunião de equipe foi proposto que o grupo de trabalhadores discutisse sobre as seguintes questões:

Quadro 7- Questões apresentadas aos no grupo de negociação durante a reciclagem dos dados, CAPS- Joinville/SC, 2014.

Questões apresentadas aos trabalhadores no grupo de negociação
- Qual a percepção sobre a reunião geral e reunião de miniequipe (o que é discutido, qual a importância desses espaços)? - As reuniões de equipe organizam o processo de trabalho ou desorganizam? - Há interdisciplinaridade nas reuniões de equipe? como ocorre? - A responsabilização ocorre? de que forma? - As relações são horizontais ou verticais? há um profissional que detém o saber/poder? as contribuições são consideradas? - O que caracteriza uma reunião de equipe produtiva? O que precisa para melhorar a potencialidade das reuniões de equipe?

O grupo de negociação foi gravado com autorização de todos os profissionais e posteriormente transcrito na íntegra.

A análise dos dados foi dividida em etapas: 1) Leitura e ordenação do conjunto das informações obtidas nas entrevistas e diário de campo. 2) Agrupamento dos núcleos de significados, por meio de uma leitura exaustiva das falas. 3) Interpretação do material a partir do referencial teórico do processo de trabalho (MINAYO, 2012).

A coleta de dados realizada em 2006, 2011 e a reabertura do caso de Joinville/SC em 2014 com o objetivo de reciclar os dados deram subsídios para a elaboração de um artigo intitulado “Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho” que será apresentado a seguir e encaminhado a *Revista Texto e Contexto em Enfermagem*. Os demais objetivos continuarão sendo trabalhados e serão divulgados posteriormente.

Referências:

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. São Paulo: UNICAMP, 2011. 302p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 407p.

BRASIL. Secretaria da Saúde. Gerência dos Serviços de Referências. **Relatório de Atividades ano 2013**. Prefeitura Municipal de Joinville, 2013.

GUEDES A. C. et. al. **Descrição da rede de atenção à saúde mental do município de Joinville-SC**. Banner apresentação como pré-requisito para obtenção do título de especialista em atenção psicossocial no âmbito do sistema único de saúde. 2011. Universidade Federal de Pelotas.

Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho

Team meeting: Organization proposal of the work process

Reunión del equipo: propuesta Organización del proceso de trabajo

RESUMO: Estudo tem por objetivo conhecer a percepção dos trabalhadores de um Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) sobre as reuniões de equipe e suas formas de participação nesses espaços. Utilizou-se a metodologia qualitativa, cujos dados fazem parte da Pesquisa de avaliação de CAPS da região Sul do Brasil, realizada no ano de 2006 e 2011 com reciclagem de dados em 2014. O cenário do estudo foi o CAPSII de Joinville/SC. Foram analisadas 35 entrevistas semiestruturadas e dados da observação de campo que totalizaram 721 horas. No presente estudo as reuniões de equipe se apresentaram como uma proposta de organização do trabalho afastada daquela organização tradicional Taylorista, considerada um espaço estratégico capaz de proporcionar possibilidades para os trabalhadores organizarem o processo de trabalho, uma vez que reunidos compartilham responsabilidades e saberes, assim como decidem democraticamente os encaminhamentos, assumindo corresponsabilidades com segurança no processo de trabalho.

Descritores: Serviços de Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Assistência Integral a Saúde.

ABSTRACT: Study aims to understand the perception of workers of a Psychosocial Care Center (CAPS) on team meetings and forms of participation in these spaces. We used a qualitative methodology, whose data are part of the CAPS evaluation research in the South of Brazil, held in 2006 and 2011 with recycling data in 2014. The study setting was the CAPSII of Joinville / SC. We analyzed 35 semi-structured interviews and data from field observation totaling 721 hours. In this study, team meetings is presented as a proposal for a remote work organization that traditional Taylorist organization, considered a strategic area capable of providing opportunities for employees to organize the work process, as gathered together share responsibilities and knowledge, and democratically decide referrals, assuming safely co-responsibilities in the work process.

Descriptors: Mental Health Services; Health Care Reform; Comprehensive Health Care.

RESUMEN: Estudio tiene como objetivo conocer la percepción de los trabajadores de un Centro de Atención Psicossocial (CAPS) sobre las reuniones y las formas de participación en estos espacios de equipo. Se utilizó una metodología cualitativa, cuyos datos son parte de la investigación de la evaluación CAPS en el sur de Brasil, que tuvo lugar en 2006 y 2011 con los datos de reciclaje en 2014. El ámbito del estudio fue la CAPSII de Joinville / SC. Se analizaron 35 entrevistas y datos semi-estructurados a partir de la observación de campo por un total de 721 horas. En este estudio, reuniones de equipo se presenta como una propuesta de organización del trabajo a distancia esa organización taylorista tradicional, considerada una zona estratégica capaz de proporcionar oportunidades a los empleados para organizar el proceso de trabajo, como reunidos compartir responsabilidades y conocimientos, y democráticamente decidir referencias, asumiendo de forma segura corresponsabilidades en el proceso de trabajo.

Descriptors: Sevicios de Salud Mental; Reforma de La Atención de Salud; Atención Integral de Salud.

Introdução

A organização do processo de trabalho na micropolítica dos serviços de saúde mental sofre forte influência macropolítica e social historicamente determinada pelo modo Taylorista de produção, que ganha ênfase no atual cenário capitalista. Taylor propôs uma divisão social e técnica dos trabalhadores para aumentar a produtividade, o que caracteriza um trabalho em especialidades e divisão entre aqueles que planejam e os que executam.¹

Ainda, na área da saúde mental os saberes e práticas foram sendo modificados ao longo dos anos, determinados por construções históricas e sociais que demonstraram a ineficácia da psiquiatria hegemônica e práticas fragmentadas, típico da divisão técnica e social constituída.^{2,3}

A atual proposta da política de Saúde mental força uma nova organização do processo de trabalho que visa romper com a organização tradicional. Desta forma, embora, os CAPS sofram influência de uma organização taylorista, são serviços que “nascem” em um contexto político, que também valoriza e estimula o trabalho interdisciplinar e a responsabilização conjunta.

Diante disso, compreende-se os desafios do processo de trabalho nos serviços de saúde mental, pois embora tenham uma proposta de trabalho coletiva, com relações horizontais e interdisciplinares impulsionadas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, por vezes podem ser capturados por um processo macropolítico e social de base taylorista, desenvolvendo práticas de trabalho verticais, com pouca participação dos trabalhadores na responsabilização, nas trocas de saberes, na organização e planejamento do processo de trabalho.

A portaria 3.088 de 2011, ao instituir a Rede de Atenção Psicossocial estabelece que, o trabalho realizado nos CAPS deve ser realizado prioritariamente em espaços coletivos, sendo que a reunião de equipe é um desses espaços, capaz de possibilitar que os profissionais se envolvam na construção de estratégias de cuidado.⁴

Por essas considerações, a reunião de equipe se apresenta como uma nova forma de organização do trabalho, capaz de romper com a ênfase no modo de organização Taylorista. Por isso passa a ser considerada um caminho promissor para profissionais e usuários.⁵

Trata-se de um espaço que reúne os trabalhadores, com vistas ao planejamento conjunto, à discussão e decisão de casos e situações, proporcionando que os envolvidos tenham maior clareza sobre os papéis que desempenham no processo de trabalho da equipe,⁶ tornando-se importante dispositivo para (re) delinear o trabalho por meio das discussões interdisciplinares dos casos em saúde.⁷

Frente a isso e acreditando no potencial das reuniões de equipe, como um espaço para os trabalhadores de saúde mental se organizarem no processo de trabalho e qualificarem suas práticas, este estudo tem por objetivo conhecer a percepção dos profissionais de um CAPS II sobre as reuniões de equipe, suas formas de participação e o modo como desenvolvem a responsabilização conjunta e a interdisciplinaridade nesses espaços.

Metodologia

O presente estudo é um recorte da dissertação de Mestrado “A reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial” pertencente a pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL)³, de natureza avaliativa e abordagem quantitativa e qualitativa do tipo estudo de caso.^{8,9,10,11} A pesquisa CAPSUL teve duas edições, realizada em 2006 e em 2011, nos municípios de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná com o grupo de interesse dos trabalhadores, usuários e familiares.

Utilizou-se na pesquisa CAPSUL o referencial teórico-metodológico de Avaliação de Quarta Geração, que tem como foco do processo avaliativo analisar o cotidiano do serviço, a interação entre os sujeitos do local e as construções que emergem de questões de interesse do grupo.⁸

No presente estudo, trataremos dos resultados qualitativos das duas edições da pesquisa CAPSUL, realizada em 2006 e 2011 no CAPS II do município de Joinville/RS. Foi realizada a reabertura de caso desse CAPS em 2014, utilizando um método de coleta de dados chamado reciclagem de dados, sugerido na Metodologia de Quarta Geração. Portanto, trata-se de um estudo com característica de análise longitudinal, pois busca compreender o objeto de estudo ao longo de quase 10 anos.

Foi realizada a leitura na íntegra de 35 entrevistas, aplicadas aos trabalhadores nos anos de 2006 e 2011 e de 06 diários de campo, totalizando 535 horas de observação, a fim de identificar questões de interesse, conflitos e contradições que surgiram relacionados ao processo de trabalho.

O retorno ao campo aconteceu em 2014 para reciclar os dados, cujo objetivo foi esclarecer questões que apareceram na coleta de dados das edições anteriores e que

3. Pesquisa financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, através do edital 07/2005 MCT- CNPq em parceria com o Ministério da Saúde.

precisaram de um maior esclarecimento, mas principalmente compreender as percepções e reivindicações atuais sobre o assunto em questão.⁸

Durante a reciclagem de dados realizou-se 168 horas de observação de campo e foi desenvolvido o grupo de negociação com a presença de 17 trabalhadores. Neste grupo, foi apresentada a análise das edições anteriores e dados da observação de campo atual, a fim de que os trabalhadores discutissem ao que havia sido analisado, com opiniões, posições e observações que considerassem necessárias.

Nas entrevistas, a fala dos trabalhadores foi identificada com a letra “T”, e “DC” para os registros dos diários de campo, seguidas do número que os identifica e o ano da coleta de dados.

Os aspectos éticos do estudo foram assegurados de acordo com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A pesquisa CAPSUL teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em suas duas edições e para reabertura do caso em 2014, foi aprovada sob o parecer nº. 750.144/2014.

A análise dos dados foi baseada na análise temática que incide em três etapas: 1) Leitura e ordenação das informações obtidas nas entrevistas e diário de campo. 2) Agrupamento dos núcleos de significados, por meio de uma leitura exaustiva das falas. 3) Interpretação do material a partir do referencial teórico do processo de trabalho.¹⁰

Resultados

A análise dos dados permitiu identificar duas categorias temáticas: “ **Reunião de equipe como proposta para a organização do processo de trabalho**” e “**Tensionamentos do processo de trabalho: necessidade de participação dos profissionais nas reuniões de equipe**” as quais serão apresentadas a seguir:

Reunião de equipe como proposta para a organização do processo de trabalho

Ao longo dos três anos observados nesse estudo, em 2006, 2011 e 2014, identificou-se no CAPS em estudo uma forte conformação organizacional baseada em espaços de discussões coletivas e de planejamento conjunto. Um dos espaços coletivos que recebe destaque são as reuniões de equipe e de miniequipes que acontecem com muita frequência no serviço, desde sua implementação em 2001.

A organização em miniequipe é uma proposta de trabalho diferenciada a de outros serviços de saúde mental, pois os profissionais do serviço são reagrupados em equipes menores com aproximadamente cinco profissionais de formações distintas que diariamente se encontram na reunião para discutir, planejar e organizar as atividades.

Sabe-se que as reuniões de equipe são comuns no contexto do trabalho em saúde, porém nesse estudo, o modo como são realizadas pelas equipes interdisciplinares traz o conteúdo de inovação⁴ considerando a frequência das reuniões, a intensidade das trocas interdisciplinares e a responsabilização conjunta.

Esta proposta de trabalho vai ao encontro de uma possibilidade de trabalho coletivo, necessário para a eficiência e eficácia das práticas, pois uma equipe que trabalha de forma isolada e fragmentada corre o risco de ofertar ações muitas vezes incoerentes e até contraditórias, diminuindo a resolutividade no seu conjunto e aumentando a possibilidade de danos na atenção ofertada.¹²

É uma proposta de trabalho em equipe que organiza o serviço e responsabiliza todos os profissionais pelo cuidado em saúde, uma vez que a miniequipe com menos profissionais e com reuniões diárias, exige atuação efetiva de todos, pois esta equipe torna-se referência.

As reuniões da miniequipe, que acontecem ao meio dia, são espaços formais para discutir os assuntos de interesse do grupo, e contam com a participação dos trabalhadores que ficaram no serviço no turno da manhã e aqueles que estão assumindo o período de trabalho no turno da tarde de cada miniequipe. É como uma troca de plantão, em que cada equipe em salas separadas conversam sobre os acontecimentos do turno anterior, de forma que todos se sentem responsáveis pelos casos em saúde.

“É do meio dia a uma (reunião da miniequipe). Assim cada miniequipe faz a sua, tem o seu jeito de fazer, os seus livros de anotações [...]”. (T.4.2011)

“Como eu trabalhei em hospital, eu vejo que os turnos, um passa pro outro, só que no hospital o que acontece? Aquela técnica de enfermagem que estava responsável por cinco quartos, ela vai passar para a da tarde o que aconteceu de manhã. E nós é um todo, todo mundo junto. Diz psicóloga no grupo de reciclagem.”. (DC.1.2014.)

Durante as reuniões de miniequipe, os profissionais conversam sobre o acolhimento de usuários, intercorrências com os usuários que estavam pela manhã no serviço e que pertencem àquela miniequipe, assim como, discutem sobre as ações realizadas no período. Além disso, propõem os encaminhamentos que serão necessários no turno da tarde.

Portanto, as reuniões de miniequipe se configuram como instância formal de coordenação do trabalho, uma vez que, por ser realizada frequentemente proporciona aos profissionais a participação nas discussões e possibilidades de encaminhamentos organizacionais para a realização das atividades de serviço.¹³

Ainda sobre as reuniões, pode-se dizer que elas possibilitam que profissionais conversem sobre todos os usuários dos quais são responsáveis, suas necessidades clínicas e psicossociais e, sobretudo, das possibilidades de (re)construção da vida cotidiana buscando fortalecer o Plano Terapêutico Singular mediante discussões atentas da equipe sobre as estratégias que estão sendo efetivas e aquelas que precisam de ajustes. Os profissionais se apoiam uns nos outros para fortalecer as decisões, valorizando a experiência e a formação profissional.

São espaços de discussão, reflexão, trocas de ideias e de conhecimento e não somente uma tentativa de resolver problemas emergenciais.¹⁴ Muitas vezes não é possível a presença de todos, mas os registros e a conversa em outros momentos são possibilidades de reafirmar uma combinação realizada na reunião, permitindo que todos tenham conhecimento sobre as decisões acertadas.

As reuniões de miniequipe acontecem ao meio dia, em três dias da semana, sendo que nos outros dois dias são realizadas reuniões gerais, há um encontro das miniequipes. Essa frequência de reuniões de miniequipe é recente, dado a sua potencialidade, reconhecida como um momento necessário para o profissional resolver o seu trabalho, pois compartilha as responsabilidades e informações sobre os casos, permitindo segurança e conhecimento sobre o processo de trabalho do serviço.

“[...] as reuniões, isso me incomodou no começo, todo santo dia, depois eu mudei de ideia, porque na primeira reunião, eu tinha feito uma triagem rápida e as pessoas não eram o perfil do CAD, e a gente encaminhou para o posto e uma série de coisas [...] e nisso fizemos um trabalho aqui na reunião[...]. Depois eu fui compreender a importância disso, que todos participem de tudo e saibam de tudo. [...] Tudo é relatado. [...] De chato, eu achei realmente necessário. É ali que você resolve o trabalho e é ali que todo mundo faz parte de todo mundo. (T.2.2006)

Terapeuta ocupacional diz que com o aumento das reuniões da miniequipe as atividades estão todas redondinhas. (DC.1.2014)

É comum os profissionais se referirem a reunião como uma atividade cansativa, como uma perda de tempo, sem objetividade. Porém, percebe-se seus benefícios para o planejamento conjunto, para a socialização do conhecimento e para discussões importantes que possam subsidiar as tomadas de decisões mais acertadas.¹⁵

Nas reuniões gerais, a troca de saberes e opiniões também são realizadas em conjunto e de forma interdisciplinar, permitindo que profissionais com formação diferente dos daquela miniequipe exponham sua opinião sobre o tema em questão e também se responsabilizem pelos casos recebidos no serviço.

A coordenadora reitera a importância das reuniões gerais “[...] são muito importantes para saber como os profissionais estão na sua miniequipe, é um momento de juntar as áreas pra dar sugestões. Cada profissão é diferente, e o que eu não sei, posso ajudar o outro com o conhecimento da minha profissão. [...] Tem coisas que só quem é de determinada área pode resolver, sugere que as miniequipes se conversem, pois as miniequipes têm profissionais com várias formações que podem conversar com a outra que de repente não vai ter profissionais com aquela formação”. (DC.1.2014)

As reuniões são espaços para a equipe discutir situações que as miniequipes têm pendentes, casos complexos, acolhimentos, e passar aos colegas de outras miniequipes de que forma estão cuidando de alguns casos em sua miniequipe. (DC.1.1/04/2014)

As reuniões gerais são reconhecidas como muito importantes, pois geram discussões e encaminhamentos que dão subsídios para o trabalho das miniequipes, já que conta com a participação dos profissionais com formações distintas, os quais apresentam como está sendo realizado o trabalho, trocam as experiências e se apoiam nas dificuldades.

A responsabilização conjunta e a interdisciplinaridade ficam evidentes na relação entre os profissionais da equipe em estudo, pois reconhecem que não atuam de forma isolada, mas entendem que a participação de todos e as discussões na reunião de equipe são fundamentais para decidir e encaminhar.

Esses dias atrás tinha um usuário que veio, já com 60 anos, [...] só tem os irmãos, que não querem cuidar dele [...] e vieram encaminhados pra cá, pra deixar aqui, eu disse “não funciona assim”[...].Mesmo assim a gente não vai deixar ele sem suporte, vou trazer pra equipe hoje ao meio-dia pra reunião, pra gente discutir, pra vê o que a gente pode fazer [...]

Então, a gente traz pra reunião pra dar uma resolução pra isso, fazer a discussão em equipe, não sou eu que vou decidir. (T.1.2006)

Em conversa com a Terapeuta ocupacional sobre as reuniões de miniequipe ela diz: “Pena que nem todo mundo consegue participar, mas fica tudo registrado. Na reunião de miniequipe os profissionais conseguem conversar sobre os casos e um contribui com o outro. A minha colega é esquecida então eu sei que eu preciso tá lembrando ela, eu também tenho as minhas dificuldades. Aqui a responsabilização ela é conjunta, todos tem responsabilidades, [...]. E se alguém fizer alguma coisa que não foi discutido. A gente discute pra ver como vai fazer no próximo[...]”. (DC1.1.2014)

Os profissionais entendem que a reunião de equipe organiza o processo de trabalho, pois durante o turno de trabalho muitas situações acontecem e o profissional espera o momento da reunião para compartilhar suas dúvidas, necessidades, condutas daquele turno, o que gera muitas discussões, por vezes desorganizadas, mas necessárias para que esses profissionais consigam organizar o processo de trabalho.

Tem hora que [a reunião de equipe] organiza, tem ora que desorganiza, diz Técnica de Enfermagem! É assim, tem gente que arruma a bolsa tirando um por um e tem gente que põe tudo em cima, e ai vai. Então a reunião é botar tudo em cima da cama, e a gente vai organizando. Às vezes, a gente acha que desorganiza, mas são os momentos de adaptação. Terapeuta ocupacional diz que na verdade tem momento que tá precisando organizar, daí desorganiza tudo. Ainda técnica de enfermagem diz que, às vezes você tem que desorganizar tudo para conseguir organizar, é que nem uma casa, fazendo faxina. Você tem que tirar tudo do lugar para conseguir limpar e organizar. Isso é necessário!. Assistente social argumenta que pra tu organizar tem que estar desorganizado. (DC.3.2014)

A gente se esculhamba na reunião, mas imagina se não tivesse! diz Psicóloga[...] acaba que se formam dois serviços em um, e sem continuidade. Fica solto, complementa a Assistente Social. (DC.1. 2014)

Esse processo de organização em conjunto possibilita um compartilhamento de informações objetivando continuidade no cuidado, pois no momento que o profissional participou da reunião, a qual teve a discussão das condutas anteriores e os encaminhamentos necessários, terá segurança e conhecimento para desenvolver o processo de trabalho. Assim,

são espaços fundamentais para que os trabalhadores organizem seu processo de trabalho, de forma a proporcionar uma assistência contínua e resolutive.

Tensionamentos do processo de trabalho: necessidade de participação de todos os profissionais nas reuniões de equipe

Os tensionamentos do processo de trabalho apontados pelo grupo de interesse da pesquisa foram: a necessidade de participação de todos os trabalhadores na reunião de equipe do serviço e a forma de participação do coordenador nesse espaço.

Em 2006 havia um profissional vigilante que ficava na porta do serviço, e após foi remanejado pela prefeitura, não sendo mais solicitados pela equipe que se propôs a trabalhar como um serviço de “porta aberta”, entendendo que esse conceito também inclui o direito de entrada e saída do CAPS que deve ser garantido, sem a necessidade de pedir autorização para algum profissional específico com função de vigiar e controlar.

Nos três anos observados no estudo, as reuniões de equipe estavam compostas somente pela representação da equipe técnica, aqueles profissionais com formação técnica e nível superior. Entretanto, há um entendimento dos profissionais que a equipe de apoio também deveria participar das reuniões do serviço, pois auxiliam diretamente nas atividades do dia a dia e estão frequentemente em contato com os usuários, assumindo responsabilidades e desenvolvendo intervenções em saúde.

[...] Vigilantes já passaram coisas pra gente importante. A atendente é outra que tem contato, porque elas especulam muito mais do que a gente, param pra escutar, e por que não podem ser apoiadas nisso? elas deveriam ter um lugarzinho na equipe, nas reuniões [...], isso já foi pedido, [...]. Eu vejo que eles são parte fundamental, porque ficam circulando por aí. Conversam com um e outro usuário, e a gente vê que eles estão dando palpite, orientação, eles acham que eles não fazem isso, mas fazem. [...] tão lidando com eles, mas não participam das nossas reuniões. (T.15.2006)

O relato demonstra que tentativas para inseri-los na reunião já foram realizadas. No entanto, não foram efetivas, pois há uma falha tanto da equipe técnica que embora tenha tentado incluí-los apresenta resistência, como da equipe de apoio, que sempre justifica outros afazeres no momento da reunião, e além disso, mencionam o vínculo terceirizado como justificativa para não se incluírem nas atividades do serviço.

Eu vejo que é importante [participação do guarda e de serventes na reunião]. Agora tem as duas coisas, tem a equipe que tem uma certa resistência, mas tem eles que estão fora, que escolhem estar fora. Porque teve uma época que foram chamados, que se tentou incluir mas é aquela coisa, “ah eu tenho isso pra fazer, aquilo, hoje não dá, amanhã” , é a não inclusão deles mesmos. [...]. (T.14.2006)

[...] acho que é uma falha nossa, a gente não colocar eles mais junto conosco [...] falou-se muitas vezes “ah vai ter que participar da reunião” [...] mas sempre tem alguma coisa que eles não podem participar [...], eles falam que são profissionais terceirizados, [...] eles não querem participar e das nossas reuniões ou de algumas atividades que a equipe solicitou. (T .7.2006)

Embora os trabalhadores desenvolvam um movimento contra o modelo tradicional de organização, ao reconhecerem a necessidade de incluir todos os trabalhadores nos espaços decisórios, ainda há resquícios de uma organização fragmentada e vertical que privilegia competências profissionais específicas.¹⁸

O fato da equipe de apoio não participar da reunião, prejudica o processo de trabalho da equipe, que poderia ampliar as possibilidades de trocas e informações sobre os usuários, bem como, a qualidade de ações terapêuticas ofertadas. A equipe de apoio ao estar inserida em locais de construção de conhecimentos, tais como as reuniões de equipe, conheceria mais sobre a proposta do serviço substitutivo de saúde mental, seu modo de organização, a fim de qualificar suas ações, tornando-as mais terapêuticas na interação com os usuários, visto que, frequentemente estão em contato com eles e também ocupam o espaço do serviço enquanto trabalhadores.

[...] tem horas que não cabe a nós, que é a parte clínica do paciente, mas tem reuniões ativas que faz parte do dia-a-dia que seria bom pra gente, eu acho que valeria a pena participar, a gente cresceria também com eles, no próprio serviço, adquiriria mais conhecimento, e saberia como lidar com essa questão, como agir. Agora a gente fica neutra, ai complica, as vezes nem sabe como lidar naquela situação. (T.8.2006)

Teve uma vez que a gente precisou de um deles [...] o guarda quase surtou, disse que aquilo ele não fazia, ficou assustado e aquilo mexeu um monte com ele. Mas isso eu acho que é por falta de orientação [...] que é uma falha da equipe. (T.7.2006)

[...] ao final da reunião de equipe fui até a cozinha, e lá estava a funcionária de serviços gerais [...]. Ela não participou da reunião, pois ela, o motorista e as demais funcionárias da limpeza não participam, nem das discussões, parece que funcionam como uma equipe a parte, [...] não há interesse por parte deles de participar, [...] trabalha no CAPS há muitos anos, e mesmo assim, relata ter medo de alguns usuários. Diz que trabalha sempre com a porta da cozinha fechada, pois tem medo que algum usuário entre de surpresa e a machuque [...] acha que o serviço está uma bagunça, que a porta fica aberta e não tem horário para nada. (DC.3.03/04/2014)

Assim, a importância de todos os trabalhadores participarem das reuniões é evidenciada quando reconhecem o momento da reunião como um espaço para discussão, troca de informações, experiências e conhecimentos, que reafirmam a proposta do serviço, possibilitando segurança e conhecimento dos profissionais para desenvolver as práticas substitutivas de atenção em saúde mental.

Nos três anos estudados, os profissionais também mencionaram a importância da participação do médico psiquiatra nas reuniões de equipe, desenvolvendo articulação com os demais trabalhadores, pois é um profissional que faz parte do processo de trabalho do serviço substitutivo e que se faz necessário para consolidar a proposta interdisciplinar, com importantes contribuições a fazer, assim como outro profissional.

No entanto, seu trabalho no CAPS ainda é muito ambulatorial, focado na doença, com utilização de meios medicalizantes. Sua participação no serviço não acontece em espaços coletivos de trocas, mas de forma isolada, no consultório.

[...] o atendimento dele, pra mim, é mais ambulatorial do que de CAPS, o médico passa a medicação, a receita, vê como está e vai embora. Não se envolve, não participava das reuniões, de grupo, raramente, num evento [...] é uma categoria que não participa. Eu acho que num CAPS deveria ter a presença do psiquiatra junto com a equipe, nas reuniões, nos grupos, oficinas, como um outro profissional. (T.10.2006)

Por mais que às vezes defenda e tente acreditar que o serviço dele é muito multidisciplinar [...] às vezes a equipe dá responsabilidade, a última palavra pra ele. Então a gente tem que treinar isso, de trabalhar interdisciplinarmente com essa figura médico psiquiatra, que ele se sinta participante da equipe, que ele venha na reunião, discuta, opine, que saiba escutar a opinião dos outros. Então quando ele vir agente tem que saber como utilizar, como fazer que ele se sinta parte da equipe. (T.5.2011)

A fala da médica muitas vezes é trazida para a reunião de equipe. “Por que a médica disse isso, aquilo”. “Mas a médica não vai aceitar isso”. “Tem que ver com a médica primeiro”. (DC.1 07/04/2014)

Mesmo que o médico não participe das reuniões, as suas decisões e opiniões sempre são trazidas para a reunião pelos outros profissionais, e/ou esperam que o médico tome uma decisão final em outro momento. Assim, a equipe também reforça um modelo de atenção médico-centrado, que é alvo de crítica dos próprios trabalhadores.

Entretanto reconhece-se que essa relação hierárquica e de subordinação é hegemônica por tradição, constituindo-se em um importante desafio promover uma ruptura com o modelo de atenção biomédico e construção de uma prática articulada entre todos e centrada no usuário e suas possibilidades de vida, com profissionais radicalmente envolvidos em defesa da vida individual e coletiva.^{17, 19}

Os profissionais reconhecem que essa centralidade médica das decisões é responsabilidade de todos, no momento que aquele profissional “não médico” reforça uma lógica médico hegemônica, e também não desenvolve estratégias de inclusão desse profissional na equipe com o objetivo de envolvê-lo e responsabilizá-lo pelo processo de trabalho coletivo, permeado por opiniões e saberes.

A equipe valoriza muito a necessidade de todos os trabalhadores estarem envolvidos nas decisões e planejamento, demonstram esperança de que o processo de trabalho ainda seja desenvolvido com a participação de todos nas atividades, e sobretudo, estão empenhados para que isso aconteça.

A gente tenta buscar, tenta chamar. Na próxima assembleia, o nome do nosso psiquiatra está ali pra ta participando da assembleia, se vai acontecer não sei, mas o nome dele ta aí. Então a gente tenta envolvê-los, só que existe resistência. (T.7.2006)

O meu sonho, como o de alguns profissionais, é que o médico do CAPS, estivesse junto com os demais profissionais, em grupos, em oficinas, e discutindo, e conversando e nas reuniões, ouvindo a equipe, dando sua sugestão e construindo junto com os familiares e usuários. (T.9.2011)

Portanto, ao reconhecerem a importância do trabalho em equipe e a necessidade do trabalho do outro, no sentido de uma complementariedade e interdependência das ações, fica evidente a preocupação em prestar uma assistência integral e resolutiva.¹⁷

No que se refere a coordenação do serviço, os tensionamentos já aconteciam em 2006, mas ficou bem evidente em 2014 quando a equipe estava passando por um processo de adaptação com um novo coordenador. Considerando que em 2011 estavam sem coordenação, por isso, nesse período desenvolveram um processo de trabalho com características muito coletivas, com decisões compartilhadas já que tinham uns aos outros para se fortalecerem nas ações.

[...] Não temos mais esse suporte. É realmente radical [...] decide, vem e joga, e a equipe tem que lidar com isso [...] a equipe não precisa decidir, já foi decidido. Eu acho que não é por aí, a gente é equipe, tudo é decidido em equipe. (T.15.2006)

Assistente Social fala que esta relação com a coordenação, antes de ausência e agora com necessidade de ajustes, parece que a equipe tem ficado um pouco “perdida”, não se sentindo apoiada pela coordenação. (DC.3. 03/04/14)

“Há pessoas na equipe que tem um olhar muito fechado. [...] A coordenação toma decisões sem consultar muito a equipe, e aqui a gente faz tudo junto. A gente ficou um ano sem médico e coordenador então a gente construiu muito junto. (DC.1.09/04/2014)

O modo de participação da coordenação nas reuniões foi alvo de críticas pela equipe, devido à forma como exerce esse papel, tomando decisões muitas vezes sem consultar os demais, resolvendo e impondo através de uma relação estabelecida verticalmente.

Os trabalhadores demonstram claramente que não estão acomodados com essa situação, pois problematizam a falta de suporte e apoio no processo de trabalho, também não cedem a imposição pois demonstram seus sentimentos de insatisfação e reiteram a característica coletiva da equipe, fruto de uma construção ao longo dos anos.

Os tensionamentos observados, tais como a falta de participação de alguns trabalhadores na reunião e modo de participação nesse espaço, demonstram um sentimento de insatisfação dos trabalhadores que almejam desenvolver um trabalho coletivo, estabelecido por relações horizontais e com ampliação das trocas interdisciplinares. São trabalhadores que não estão acomodados, mas em constante problematização do seu processo de trabalho, avançando e retrocedendo nesse aspecto, na busca de um trabalho em equipe que dê conta das demandas atuais.

Considerações finais

No contexto do estudo, a organização do processo de trabalho acontece no espaço da reunião, pois os trabalhadores ao realizarem um turno de trabalho reúnem informações, anseios, dúvidas, conhecimentos que são levados para a discussão no espaço coletivo da reunião. Nesse processo de interação e trocas da reunião, as responsabilidades, os saberes e as informações são compartilhadas e o grupo democraticamente decide os encaminhamentos necessários e planejam em conjunto as próximas ações. Assim, os trabalhadores se organizam no processo de trabalho, assumem corresponsabilidades e sentem-se mais seguros para desenvolvê-lo.

Diante disso, reuniões de equipe se apresentam como uma proposta de organização do trabalho afastada daquela organização tradicional taylorista, considerada um espaço estratégico para a organização do processo de trabalho por ser realizada frequentemente e reunir aqueles trabalhadores que executam as práticas em um mesmo espaço coletivo potencial para o planejamento das ações e interdisciplinariedade.

Os tensionamentos identificados nesse estudo, reforçam a necessidade de uma participação efetiva de todos os trabalhadores na reunião, independente da formação e a função que desempenham no serviço. Além disso, a forma com se relacionam nesse espaço e no processo de trabalho, reafirma a qual modelo esses profissionais se propõe trabalhar, pois a reunião pode não ser considerada uma nova proposta de organização quando reafirma relações verticais e fragmentação das ações. No entanto, cabe aos trabalhadores conduzi-la, aproveitando ao máximo de sua proposta de trabalho coletiva.

REFERÊNCIAS

1. Braverman H. Trabalho e capital monopolista. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
2. Santiago E, Yasuí S. O trabalho como dispositivo de atenção em saúde mental: trajetória histórica e reflexões sobre sua atual utilização. Revista de Psicologia da UNESP. 2011; 10(1): p.195-210.
3. Oliveira AGB, Alessi NPO. Trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Rev. Latino-am de enfermagem. 2003 mai-jun. 11(3): 333-40.
4. Brasil. Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.
5. Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. Texto Contexto Enferm, 2009 Abr-Jun; 18(2): 338-46.

6. Barros JO. A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado. 2009. 127f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação)- Faculdade de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
7. Granado MK, Dall'agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, 2010; 14 (3):504-510.
8. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. São Paulo: UNICAMP, 2011.
9. Wetzel C. Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo. 2005. 290f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. estratégia saúde da família. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, 2010; 14(3): 504-510.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.
12. Oliveira GN. O projeto terapêutico singular. Manual de práticas da atenção básica. saúde ampliada e compartilhada. Campos GWS, Guerrero AVP (org). 2ª Ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
13. Vasconcellos VC. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um caps. Revista Eletronica Saúde Mental Álcool drogas. 2010, 6(1), artigo 14.
14. Gomes ES, Anselmo MEO, Lunardi Filho WD. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. Rev Bras Enferm. 2000. 53(3): 472-80.
15. Dall'agnol CM, Martini AC. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. Revista Texto e contexto de enferm. 2003; 12(1): 89-96, 2003.
16. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerencia o trabalho em equipe de saúde. In: Meryh EE, Onoko R.(Org.) Agir em Saúde um desafio para o público. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
17. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Rev. Esc. Anna Nery . 2013; 17(1):133-41.
18. Pinho LB, Banon hernandez AM, Kantorski LP. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. Esc. Anna Nery. 2010; 14(2): 260-267.
19. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 71-112.