

LUCIANE LEITE GROSSKLAGS

**SITUAÇÕES DE CONFLITOS NAS EQUIPES DOS CENTROS  
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação submetida ao Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>.Tânia Maris Grigolo

**Florianópolis  
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

G878s Grossklags, Luciane Leite  
Situações de conflitos nas equipes dos centros de atenção psicossocial / Luciane Leite Grossklags ; orientador, Tânia Maris Grigolo. - Florianópolis, SC, 2016.  
97 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Equipe de Assistência ao Paciente. 3. Fortalecimento Institucional. 4. Conflito (Psicologia). 5. Administração de Recursos Humanos. I. Grigolo, Tânia Maris. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

CDU: 616.89:331.44

LUCIANE LEITE GROSSKLAGS

**SITUAÇÕES DE CONFLITOS NAS EQUIPES DOS CENTROS  
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Mestrado Profissional.

Florianópolis, 23 de novembro de 2015.

---

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dra. Tânia Maris Grigolo  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr Fabricio Augusto Menegon  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. Jeferson Rodrigues  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider  
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis  
2016



*Dedico este estudo a vocês que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e trabalharam muito para que eu pudesse realizá-los, meus pais, Luiz e Maria Luiza.*

*A você Ilson, companheiro no amor, na vida e nos sonhos e aos meus filhos amados Nathaly e Nicolas minha grande inspiração, por sempre estarem ao meu lado e compartilharam comigo todas as alegrias dessa vida.*



## **AGRADECIMENTOS**

### **A Deus...**

Por estar sempre presente em minha vida, por ter me fortalecido nas horas mais difíceis e me orientado no decorrer deste estudo.

### **À Minha Família**

#### **Em especial ao meu Marido Ilson e aos meus Filhos Nathaly e Nicolas...**

Por todas as horas ausentes dedico este trabalho á vocês, que incondicionalmente estiveram sempre ao meu lado independente do meu cansaço, do meu mau humor ou do meu desânimo. Minha eterna gratidão por me acompanharem nessa caminhada, mesmo quando meus passos já não sabiam mais para onde ir. Essa conquista é de vocês também, por me motivarem na escrita de cada linha deste estudo... Vocês foram a minha grande fonte de inspiração.

#### **Pais e Irmãos...**

Aos meus pais Luiz e Maria Luiza minha eterna gratidão por apostarem em mim e acreditarem que eu seria capaz. Por todas as vezes que o choro me veio e vocês carinhosamente me acolheram, sempre com palavras firmes me mostrando que o quanto vale a pena seguir em frente... Esse título é de vocês também!

Aos meus irmãos Luana e Leandro por sempre me apoiarem cada um á sua maneira, mesmo de longe sempre muito presentes nessa minha jornada. Amo vocês.

Aos meus familiares (avós, tios e primos) e aos amigos por todas as palavras de carinho e incentivo ao longo deste estudo.

"Quando não souberes para onde ir, olha para trás e saberás pelo menos de onde vens."

(Provérbio Africano)

### **À Milena Mery da Silva...**

Amiga que sonhou comigo esse mestrado... Juntas madrugamos nas estradas, enfrentamos o cansaço ao som de boa música e muitas risadas...Todas as lágrimas derramadas ao longo do curso serviram para selar a nossa linda amizade. Obrigada amiga por ser a minha co orientadora e fazer parte de uma etapa tão importante da minha vida.

### **Aos Amigos Mestrando...**

Encerramos mais uma etapa das nossas vidas, provavelmente jamais estudaremos todos juntos de novo, mas guardarei no coração o carinho e a amizade de vocês para sempre. Em especial agradeço ao meu grande amigo Nelson que foi a melhor coisa que esse curso me trouxe!!!

### **Aos Profissionais do CAPS I Pesquisado...**

Minha eterna gratidão a todos os profissionais do CAPS I pesquisado, que gentilmente aceitaram participar deste estudo. Obrigada pelo carinho e pela acolhida durante todo esse processo.

### **Aos Professores...**

Á todos os professores que contribuíram com essa minha jornada... Meu muito obrigada!!! Uns mais outros menos, porém todos à sua maneira me ajudaram muito neste processo árduo porém compensador.

GROSSKLAGS, Luciane L. **Situações de conflitos nas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Orientadora: Dra Tânia Maris Grigollo.

## **RESUMO**

Trata de como as situações de conflitos são percebidas pelos profissionais de uma equipe de um dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I. Busca identificar as situações geradoras de conflitos na produção do cuidado em uma equipe de um Centro de Atenção Psicossocial da Região do Médio Vale do Itajaí (SC). Aborda a vivência dos profissionais e os fatores envolvidos caracterizando o perfil dos profissionais que trabalham nos CAPS I. Propõe a criação de espaços de reflexão sobre os conflitos e suas repercussões para o cuidado. Busca compreender as situações geradoras de conflitos através da realização de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Esta metodologia permitiu a discussão dos fatores que envolveram os pontos conflitantes na rotina dos processos de trabalho de uma equipe estudada e suas repercussões para o cuidado nos serviços e no território. Sugere espaços para a reflexão e compreensão dos conflitos com intuito de propor a melhora das relações interpessoais na equipe de forma que não prejudique a assistência aos usuários dos serviços e principalmente que mantenham o foco dos profissionais no cotidiano do cuidado em saúde mental. Pretende-se contribuir para pensar a gestão em saúde, de forma que o trabalho em equipe seja transformador e inovador e não apenas um fator de desgaste nas relações pessoais e nos processos de trabalho.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Equipe. Processo de Trabalho. Conflito. CAPS.



GROSSKLAGS, Luciane L. **Conflict situations in the team of a psychosocial care center. Professional Masters in Mental Health and Psychosocial Care – Federal University of Santa Catarina. Florianópolis, 2016. Advisor: Tânia Maris Grigolo.**

## **ABSTRACT**

Aims in how the conflict situations are perceived by the professionals of mental health services - CAPS I. Seeks to identify the situations that cause conflicts to provide care on a team of a Psychosocial Care Center in the region of the medium Itajaí valley (SC). Discusses the experience of professionals and the factors involved characterizing the profile of the professionals working in CAPS I. Propose the creation of spaces for reflection about the conflict and its repercussions for care. Advocates the need to understand the situations that conflict by conducting a descriptive research with a qualitative approach that has permeated the current phenomenological dialectic. This methodology allowed a discussion of factors involving the conflicting points in the routine work processes of a study team and their implications for care services and the territory. Suggests spaces for reflection and assessment of the conflict with a view to proposing a balance in interpersonal relationships Team manner not prejudicial to assist the users of services and mainly to keep the focus of professionals in the daily care in mental health. It is intended to contribute to thinking about health management, so that teamwork is transformative, innovative and not just a wear factor in personal relationships and work processes.

**Keywords:** Mental Health. Working Process. Conflict. CAPS.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>CONFLITO E A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL</b> .....	19
2.1	SAÚDE MENTAL AO LONGO DOS TEMPOS .....	19
2.2	NOVOS PROCESSOS E NOVOS OLHARES.....	24
2.3	PROCESSO DE TRABALHO: OS CAPS COMO PRODUTORES DE MUDANÇAS .....	36
2.4	CONFLITOS NAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL, UM DESAFIO A SER ESTUDADO .....	39
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	45
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA.....	46
3.2	INSTRUMENTOS DE PESQUISAS .....	48
3.3	PROCEDIMENTOS.....	49
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	50
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	51
<b>3.5.1</b>	<b>Os profissionais do CAPS I</b> .....	53
3.5.1.1	Caracterização da equipe .....	53
3.5.1.2	Formação Profissional .....	54
3.5.1.3	Dados Institucionais.....	57
<b>3.5.2</b>	<b>Os processos de trabalho e as relações de conflitos</b> .....	59
3.5.2.1	Supervisão Clínico Institucional .....	63
3.5.2.2	Integralidade .....	64
3.5.2.3	As relações de conflitos m uma equipe de CAPS I.....	64
<b>3.5.3</b>	<b>O processo de trabalho e os conflitos em um CAPS I: Sugestões de equipe</b> .....	75
3.6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	78
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	81
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	87
	<b>APÊNDICE A - Questionário</b> .....	93
	<b>APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	96



## 1 INTRODUÇÃO

A temática desta pesquisa está relacionada à Gestão do Processo de Trabalho em Saúde Mental, no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. O intuito do trabalho foi conhecer como surgem as situações de conflitos em uma equipe de saúde mental, a partir do cotidiano dos profissionais em relação a assistência na atenção psicossocial, bem como identificar também o perfil da equipe a ser estudada.

A relevância dessa pesquisa vêm de encontro com a inquietação e a motivação pessoal da pesquisadora em relação aos relacionamentos interpessoais, principalmente no que tange as situações de conflitos nas equipes dos Centros de Atenção Psicossociais - CAPS I.

O interesse em estudar sobre esse assunto, está relacionado ao fato de a pesquisadora estar na gestão de um CAPS I há cerca de 8 anos. A curiosidade nesse tema permite que a pesquisadora conheça melhor as relações de trabalho que se estabelecem nas equipes de saúde mental, a fim de estudar e entender esse universo das relações interpessoais e dos conflitos gerados no cotidiano das instituições.

Permitirá que a pesquisadora compreenda as relações que se estabelecem no cotidiano do trabalho dos serviços de saúde mental, através da ótica do cuidado de uma equipe multiprofissional, partindo da identificação das situações geradoras dos conflitos relacionados à assistência ao usuário e seus familiares.

Este estudo descreverá e analisará alguns conjuntos de fatores conflitantes envolvidos nos processos de trabalho, com a finalidade de responde a seguinte pergunta de pesquisa: Como as situações de conflito são percebidas pelos profissionais das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial I?

Esse estudo se coloca algumas questões norteadoras:

- a) A forma de organização da equipe pode ser um fator gerador de situações conflituosas?
- b) Os problemas de comunicação entre os profissionais são fontes de conflitos nas equipes de saúde mental?
- c) A falta de profissionais nas equipes aliada ao aumento da demanda são fontes de situações conflitantes nas equipes dos CAPS I?

Esta pesquisa pretende descrever e compreender as situações geradoras de conflitos nos processos de trabalho de uma equipe de um CAPS I, a partir da percepção dos profissionais.

Com o propósito de refletir sobre uma nova clínica em saúde mental mais integrada, comprometida, de qualidade e humanizada, e que esteja focada no cuidado da equipe multiprofissional, do usuário em sofrimento psíquico, da família e de toda a área territorial de abrangência do serviço.

De acordo com o estudo baseado em literaturas sobre o tema, verifica-se que vários são os fatores que interferem diretamente nas relações interpessoais dentro de uma equipe e na assistência dos usuários de um serviços. Esses fatores estão relacionados com o ambiente de trabalho, comunicação, capacitação e formação profissional, qualidade dos relacionamentos e o perfil da equipe multiprofissional.

A Cartilha da Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2006) expõe que os trabalhadores deverão conseguir dar conta da realidade complexa dos seus processos de trabalho. Todos são convocados a criar, a improvisar e a construir o curso de suas ações, inventando o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar as suas tarefas.

Tal cartilha sugere que essa deverá ser a nova forma a atender os diversos contextos que permeiam os processos de trabalho, principalmente no campo da saúde mental onde a singularidade das ações são determinantes para o cuidado.

Segundo Corradi, Zgoda e Paul (2008) o relacionamento no trabalho é um processo complexo, pois cada pessoa traz consigo ligações por laços profissionais, afetivos, de amizade e afinidades. Tais relações são condições determinantes para a caracterização das ações comportamentais das equipes. Essas ações são permeadas por uma série de atitudes recíprocas, que possibilitam ao trabalhador conviver com maior ou menor habilidade com seus pares nos locais de trabalho.

Este estudo percorrerá o viés das relações interpessoais dos profissionais de saúde mental (técnicos, administrativos e serviços gerais) e os processos de trabalhos que envolve o universo de um CAPS I. Para os autores acima citados, um dos grandes desafios para o gerenciamento de conflitos é o desenvolvimento contínuo das competências e habilidades para o trabalho em equipe. Pois cada profissional traz consigo para o ambiente de trabalho suas singularidades e diversidades culturais, sociais e econômicas.

O objetivo geral proposto nesta pesquisa é de analisar as situações de conflitos na produção do cuidado em uma equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) localizada em um município da Região do Médio Vale do Itajaí /SC.

Em relação aos objetivos específicos, o estudo apresenta:

- a) Caracterizar o perfil dos profissionais da equipe do CAPS I;
- b) Identificar as situações geradoras de conflitos na produção de cuidado da equipe do CAPS I;
- c) Discutir os fatores envolvidos nas situações de conflitos das equipes e suas possíveis repercussões para o cuidado nos CAPS I;
- d) Propor a criação de espaços de reflexão sobre os conflitos e suas repercussões para o cuidado;

O estudo dessas situações de conflitos em uma equipe de CAPS I contribuirá para entendermos como se dá as situações de conflitos no cotidiano das equipes, propondo ambientes de reflexão sobre esses enfrentamentos e suas repercussões para o cuidado na atenção psicossocial.



## 2 CONFLITO E A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL

Este capítulo está destinado a contextualizar sobre as diferentes formas de conflitos e suas repercussões nos processos de trabalho diário das equipes de saúde mental.

Trará também um breve registro da caminhada histórica da saúde mental ao longo dos anos, sua evolução até a nova clínica psicossocial, suas influências na modalidade do cuidado e nas relações interpessoais. Para que desta forma, se possa repensar nos processos trabalhos nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I.

### 2.1 SAÚDE MENTAL AO LONGO DOS TEMPOS

Historicamente a assistência na área da saúde mental é marcado por lutas, violência, sofrimento, persistência e ideologias.

Sabe-se que os loucos por décadas perambulavam pelas ruas e quando perturbavam a ordem pública eram encaminhados para as Santas Casas de Misericórdia e para os presídios.

Para esses "loucos" a única atenção eram os castigos, as mordidas, as contenções e a reclusão até a morte. Seus únicos cuidados, às vezes, eram realizados por pessoas leigas ou religiosas que agiam na intenção de fazer alguma caridade ou como forma de garantir sua boa ação com a divindade.

Para Ramminger e Brito (2008) essa desqualificação do cuidado fez com que houvesse um olhar diferenciado sobre o louco e sua forma de cuidar.

Philippe Pinel, portador do discurso nascente da psiquiatria do século XIX, já dizia naquela época que a loucura era um desarranjo das funções mentais. Principalmente quando se falava sobre um tipo de imoralidade (excesso ou desvio) que era passível de cura por um "tratamento moral".

Sendo assim, seria necessário providenciar um lugar específico desse sujeito que implicaria na disciplina e no afastamento (isolamento) dele do convívio social para a sua reeducação.

Segundo Silva e Fonseca (2005) foi partir daí que surgiram as internações com objetivos "terapêuticos". Ocorrendo uma mudança significativa na distribuição das responsabilidades em relação ao louco, antes divididas entre as diferentes instâncias sociais (Estado, família, justiça e administração local) e agora concentrados apenas na medicina,

que passa a assumir sozinha tal encargo. A loucura não era mais castigo dos Deuses, possessão, bruxaria ou júbilo, mas uma doença, ou seja, a doença da mente.

Essa nova tarefa, a medicina mais precisamente a psiquiatria passou ao longo de muitos anos a ser detentora do poder de tratar a doença mental, deixando de lado o cuidado da pessoa em sofrimento priorizando uma possível cura de um corpo doente.

Com a chegada do movimento da desinstitucionalização italiana que extinguiu os manicômios por serem incompatíveis com a política de direitos humanos, gerou-se uma via de mão dupla no cuidado da saúde mental.

A desinstitucionalização não poderia ser confundida com a desospitalização, ou seja, não era somente o fechamento de hospitais psiquiátricos. Ela tinha que ter outra face, pois se não, muitas das características do trabalho nos hospitais psiquiátricos tenderiam a se reproduzir nesses locais, ou seja a hegemonia do modelo médico hospitalocêntrico prevaleceria mais uma vez.

A desinstitucionalização trouxe um novo olhar sobre o cuidado. Despertou na área da saúde mental um questionamento sobre os processos de se relacionar com o outro, seja ele, paciente ou profissional.

Esperavam-se que as mudanças viessem dos profissionais de saúde, que muitas vezes reproduziam a lógica dos manicômios na sua prática diária, porém ainda era uma utopia para os padrões da época.

Somente no final da década de 70 que os profissionais de saúde mental no Brasil despertaram para essa nova forma de cuidado, unindo-se para a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Esse movimento reivindicou mudanças nos tratamentos psiquiátricos, no contexto da reforma sanitária brasileira.

A partir da participação de muitos usuários, familiares, profissionais e outros autores sociais que se juntaram ao movimento, este passa a ter como o lema "Por uma Sociedade sem Manicômios" e a denominar-se Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.

Essa nova configuração amplia a ação política da área e tinha como objetivo instigar e questionar a sociedade sobre a cidadania dos loucos e seus direitos, bem como, uma nova forma de cuidar em saúde mental.

Tais inovações no cuidado na saúde mental segundo Ramminger e Brito (2008) implica em mudanças significativas nesta área, tais como:

- a) A relação entre o saber médico-psiquiátrico e a interdisciplinaridade;
- b) O termo de doente mental para pessoa em sofrimento psíquico;

- c) A relação dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pelas cidades;
- d) Do paciente para usuário;
- e) Da clínica psiquiátrica para a atenção psicossocial;
- f) Do incapaz tutelado para cidadão.

As consequências de todas essas mudanças, serviram para projetar um novo tipo de assistência na área da saúde mental, voltada para uma clínica dinâmica e aberta para os saberes dos sujeitos (usuário, familiar ou profissional), modificando assim, o modo de relacionar-se com o outro, respeitando a singularidade de cada indivíduo.

Esse movimento dos trabalhadores, usuários e familiares da saúde mental exigiu um novo agir e pensar dos profissionais e da sociedade sobre essa área, implicando política e afetivamente com as transformações dos modos de cuidar e de se relacionar com a loucura.

Segundo Palombini et al (2004), um outro trabalhador, não necessariamente "novo", surgiria com a reforma psiquiátrica, havendo inclusive, denominações que rompem com os especialismos profissionais, tais como cuidadores, acompanhantes terapêuticos e técnicos de referência.

Para Silva e Fonseca (2005) esse novo jeito de pensar a saúde mental leva uma crescente autonomia na gestão do trabalho, ocasionando com este novo modo de fazer, um aumento das responsabilidades e compromissos das equipes de trabalho, e com isso, outras implicações emergem neste contexto.

Com a chegada dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) houve uma nova formulação do pensar em saúde mental. Estes serviços foram criados para serem locais substitutivos às internações psiquiátricas, proporcionando o cuidado no território, deslocando a assistência hospitalar psiquiátrica para a rede comunitária de saúde, envolvendo a atenção básica, as residências terapêuticas e outras políticas públicas como a assistência social, educação, habitação e etc.

Com essa nova política de saúde mental, os CAPS passaram a ampliar seu leque de atuação, tornando um espaço de cuidado de porta aberta diversificado, com usuários de todas as faixas etárias, em sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas.

Estes serviços vieram com a incumbência de proporcionar novas formas de trabalhar com as modalidades do cuidado e de assistência diferenciadas para a atenção psicossocial. Intervenções como estas, não devem ficar restritas à cura de doenças, mas voltadas ao respeito e a singularidade de cada indivíduo.

Devem também, possibilitar um movimento de fortalecimento dos laços sociais e familiares que possam favorecer o compartilhamento de saberes para a produção de saúde e o modo de vida dos usuários de saúde mental, familiares e comunidade.

Assim os CAPS vem com a proposta de proporcionar uma diminuição e ou amenização das perdas emocionais, dos desgastes das relações pessoais e de contra partida o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, primando pela liberdade e cidadania das pessoas com sofrimentos psíquicos.

Segundo Dias e Silva (2010) a Reforma Psiquiátrica defende a transformação do modelo assistencial em saúde mental e a construção de um novo estatuto social para o louco, o de cidadão. Não pretende acabar com o tratamento clínico da doença mental, mas sim eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais.

Para isso, propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária, assegurados pela Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

Essa portaria regulamenta os CAPS como serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam segundo a lógica do território. Podendo constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPSi definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto neste documento.

A partir daí, os CAPS começaram a focar na integração dos usuários, prestando atendimentos individuais, em grupos, em oficinas terapêuticas, matriciamento de saúde mental na atenção básica, visitas domiciliares, atendimentos à familiares, atividades comunitárias e embora timidamente avançando no campo da economia solidária.

De acordo com Meola (2000):

Os CAPS não são apenas ambientes físicos onde os pacientes são deixados, mas um lugar social, onde o trabalho, o lazer, a cultura e os direitos estão presentes e mais que isso, funcionam como estratégias clínicas de inclusão social e de intervenção cultural à medida que favorecem experimentações diferentes daquelas tradicionalmente conhecidas pela população, que é o lugar de doente, impotente, incapaz de ser gente.

Os CAPS, nas suas diferentes modalidades são serviços de caráter aberto e comunitário constituídos por equipes multiprofissionais, que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Com as implantações dos CAPS e a mudança dos processos de trabalhos na saúde mental, surgiu a necessidade de acompanhamento da nova clínica psicossocial e desses novos modos de cuidado. Para este acompanhamento foi criado um dos principais dispositivos adotados na Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Supervisão Clínico-Institucional para os CAPS.

A Portaria nº 1.174/2005 publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências conforme o seu Artigo 3º:

Define como supervisão clínico-institucional o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (BRASIL, 2005).

Campos (2007) explica que a supervisão institucional é um dos dispositivos usados para subverter as linhas de poder instituídas nos serviços. Como ferramenta de educação permanente, ela precisa ser um espaço não apenas de resolução, mas de problematização, no qual não se impõem os ideais do supervisor, desprivilegiando o desejo e o conhecimento dos trabalhadores das equipes.

Desta forma, a supervisão clínica institucional atua de forma a sustentar a proposta de uma gestão partilhada da clínica, que auxilie os

profissionais a enfrentarem os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo.

A definição do espaço de cada trabalhador na equipe, mantendo a especificidade de seu ofício, mas quebrando a rigidez das especialidades, a pactuação de responsabilidades pelo fazer clínico mais do que pelos saberes em jogo, e a possibilidade de construção coletiva dos casos podem ser resultado deste dispositivo, permitindo avançar no trabalho em equipe e reduzir conflitos que podem comprometer seu funcionamento (FIGUEIREDO, 2008).

Aquino e Barreto (2015) destacam que a instalação de um ambiente democrático com estruturas e mecanismos institucionais que possibilitem o desenvolvimento de práticas fundamentadas na cooperação entre os saberes é fundamental.

Essas práticas são validadas pelo processo de implicação dos profissionais em responder às demandas dos usuários e familiares em suas singularidades no cuidado em saúde mental.

Para as autoras os avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da consolidação do SUS para a atenção em saúde mental, álcool e outras drogas estão relacionados às percepções e aos modos de agir dos trabalhadores multiprofissionais e gestores.

## 2.2 NOVOS PROCESSOS E NOVOS OLHARES

Para que essa nova modalidade de cuidado na saúde mental, fomentada pelos CAPS se concretize e se sustente, faz-se necessário repensar os processos de trabalhos, as relações das equipes e as práticas de atuação de cada profissional.

Uma nova clínica deve permitir que os profissionais se desprendam dos pré julgamentos em relação a sintomatologia do usuário, começando a questionar os tratamentos aplicados, a composição e a atuação das equipes e o seu modo centralizador, individualista e pouco participativa na atenção psicossocial.

Campos (2001) relata que esse tipo de clínica gera um certo desconforto na formação dos super especialistas, pois essa proposta gera tensão nas barreiras disciplinares, estimulando o trabalho em equipe. Eis a questão, este trabalho deveria acontecer como uma nova práxis e não apenas como aquele lugar idealizado, utópico da equipe transdisciplinar perfeita.

Como a incorporação dessa nova proposta ainda não foi efetivada nos serviços, essa nova clínica parece estar ainda muito distante do cotidiano dos profissionais. Frequentemente encontram-se nos CAPS profissionais com pouco experiência para trabalhar com esse novo olhar para o cuidado em saúde mental.

Esta nova gestão de co-responsabilidade e compartilhamentos dos diversos saberes entre a equipe multiprofissional dos serviços parece ainda estar longe da realidade. É cada vez mais gritante a necessidade das equipes em discutir e entender essa nova clínica, onde a doença não é mais o foco do cuidado e sim, o usuário, o familiar e o meio social em que ele vive.

Desta forma Campos (2001) refere que a equipe deve estar bem atendida, para que possa identificar as relações entre os sujeitos que ali trabalham e o seu objeto de trabalho.

Palombini (2003, p. 162) define bem essa questão:

[...] não há resgate de cidadania, não há acolhimento à diferença radical que representa a loucura, se os profissionais que com ela trabalham não forem, eles também, respeitados em suas diferenças e reconhecidos como sujeitos do seu trabalho.

Proporcionar a inclusão dos profissionais de outras áreas (administrativo, auxiliares de serviços gerais, motoristas entre outros) para participarem da responsabilidade do cuidado do usuário em sofrimento psíquico, em conjunto com a equipe técnica é uma das grandes mudanças que o novo cuidar em saúde mental propõe.

Para Schrank e Olschowsky (2008) essa nova clínica exige mais do que um redirecionamento das práticas. Exige comprometimento e responsabilidade para a construção de um cuidado que é coletivo desses atores em promover e manter a autonomia do usuário, reconquistando sua cidadania e seu espaço na sociedade, construindo uma responsabilização e um cuidado coletivo.

Mas o trabalho em saúde mental não é uma atividade fácil de ser executada, e nem todo profissional tem perfil para desenvolver ações de cuidado e assistência nessa área. É comum encontrar nos CAPS profissionais que não conseguem contribuir e nem entender os processos diferenciados de trabalho e a necessidade de formação dos trabalhadores dessa área. Provavelmente por estarem associados a um modelo bio

médico, voltado para o diagnóstico e não para a singularidade do indivíduo.

Visto que, esses profissionais são os sujeitos da mudança neste modelo de atenção, são eles os sujeitos capazes de transformar a realidade atual em uma nova compreensão sobre as pessoas em sofrimento psíquico, bem como, implementar novas modalidades de cuidar no território, na família e na sociedade.

A forma e as razões pelas quais os profissionais chegam ao CAPS para trabalhar contribuem muito para a desestruturação das equipes com efeitos para o cuidado dos usuários, pois muitas vezes, são profissionais despreparados, sem qualificação, sem experiência na área da saúde mental.

No caso de profissionais contratados por tempo determinado, por terem curto tempo de permanência no serviço, muitos acabam não conseguindo dar continuidade aos trabalhos iniciados, pois o término do contrato trabalhista interrompe o processo de assistência aos usuários.

Nota-se que esses profissionais não conseguem desta forma, uma compreensão ampliada da relação entre saúde mental e o indivíduo. Muitos não percebem os processos dinâmicos, as mudanças socioculturais e subjetivas que envolvem a área da saúde mental.

Segundo Sant'Anna e Hennington (2010), o trabalho em saúde deve ser repensado, de forma a incorporar o conceito da vulnerabilidade social no sentido de resgatar os outros saberes, além do científico, para a construção das práticas de saúde.

Para que esta (trans)formação ocorra, entendemos que seja necessário sujeitos (trabalhadores em formação) serem convocados a repensar suas atividades até então centradas no modelo biomédico, individualista e normativo, ao lado de outros modelos capazes de fazê-los experimentar, renormalizar e transformar as suas práticas de modo a substituir o ímpeto normativo pelo esforço do diálogo entre saberes científicos e não científicos (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010, p.209).

Sobre a formação dos profissionais Schneider et al (2009) enfatizam que essa área tem se mostrado como um fator limitante na produção do cuidado no campo da saúde mental, pois ainda está fortemente influenciada pelo paradigma médico-biológico em detrimento ao paradigma humanista.

Na busca pela superação do modelo médico-psiquiátrico e pela construção de um modelo de atenção psicossocial, tem-se exigido dos profissionais de saúde mental novas habilidades e competências. Tais atitudes não estão postas no exercício cotidiano da formação ou, quando presentes, estão inseridas de forma fragmentada nos currículos (OLIVEIRA, 2007).

Com toda essa modulação de construir um novo fazer na saúde mental, as formações/capacitações dos profissionais que atuam na atenção psicossocial são construídas diariamente mais pelas próprias experiências e práticas das atividades do trabalho em saúde e pouco pela educação permanente ou de formação.

As novas tecnologias demandam novos profissionais e criam novas carreiras. Entretanto eliminam ou reduzem vertiginosamente as ofertas de trabalho para muitas ocupações. As oportunidades de trabalho estão em mudanças constantes (NEIVA, 2007, p. 82-83).

E essas mudanças são percebidas em muitos profissionais atuantes hoje na área da saúde mental, suas inserções no mercado de trabalho não estão apenas atreladas aos diplomas de graduação, mas também as características pessoais, competências específicas, redes de relações sociais e a capacidades de adaptar-se em diferentes demandas de trabalho (TEIXEIRA; GOMES, 2004);

Segundo Albuquerque et.al (2008) a formação e a qualificação dos profissionais da saúde devem ser orientadas pelas necessidades da população. Logo, não cabe mais uma relação distanciada e cerimoniosa entre o ensino e o serviço. Muito pelo contrário, é necessário uma articulação estreita, tendo em vista a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Albuquerque et.al (2008) ainda enfatiza que para construir um novo modo de organizar e praticar atenção em saúde é preciso um novo perfil de trabalho e de trabalhadores. Sendo que esta transformação pressupõe um trabalho em equipe que envolva o acolhimento dos usuários, a produção de vínculo entre eles e as equipes, a responsabilização com a saúde individual e coletiva, o atendimento das necessidades dos usuários. Assim como a resolubilidade dos problemas de relacionamentos detectados a luz dos processos de trabalho.

O modelo funcional das instituições formadoras e das instituições ainda são caracterizados pelo trabalho centrado em tarefas e muitas

vezes ainda, sem soluções para a escassez de recursos humanos. Essa escassez muitas vezes é um dos pontos cruciais dos conflitos, pelo fato de gerar uma sobre carga de atribuições e ainda o acúmulo de tarefas dos membros da equipe dos CAPS.

Essas situações estremecidas nos ambientes de trabalhos, principalmente nos serviços públicos, na maioria das vezes são reflexos de gerenciamento autoritário e sistemas de atendimentos burocratizados segundo Onocko-Campos (2001).

Essas circunstâncias promovem o engessamento da clínica dos serviços e das relações interpessoais, que só terá esses efeitos indesejáveis amenizados, quando as equipes ousarem e saírem dos seus compartimentos estanques dos saberes prévios.

Nos serviços de saúde mental a análise da situação institucional estará sempre fortemente entrelaçada com as discussões clínicas. Não é possível discutir casos sem colocar em análise o funcionamento da equipe. A natureza do que ali é tratado faz essa separação indesejável (CAMPOS, 2001, p. 109-110).

A autora trabalha com a hipótese de uma nova proposta de construção do fazer e do trabalhar na saúde mental. Essa proposta sugere que as equipes consigam recriar em seus ambientes de trabalhos contratos e acordos institucionais. Esses instrumentos devem facilitar a forma de pensar sobre esses espaços intermediário entre o antigo modo de fazer saúde mental e as novas propostas.

Mudanças como essas representam um grande desafio à convivência social no ambiente de trabalho. Os choques de interesses, as situações conflituosas, as dinâmicas de trabalho fragmentadas associada à tais situações e a sobrecarga de trabalho, representam um impasse para a clínica da atenção psicossocial e dificulta a passagem do desempenho dos profissionais do individual para o desempenho coletivo.

Costa, Enders e Menezes (2008) enfatizam que o trabalho em equipe é considerado um pressuposto orientador para a reorganização dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Essas reorganizações favorecem as transformações nas formas de agir desse grupo e sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença da população a partir de uma maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem, como se constituem e quais são as suas características.

Segundo Saraceno, Asioli e Tognoni (1994), para que essa equipe não seja só um produtor de variáveis desfavoráveis é necessário que ela seja integrada, que haja uma distribuição de poder nesse grupo, onde os membros apropriam-se dos conhecimentos e os socializam, com responsabilidade e bom senso, procurando constituir uma equipe com característica afetiva.

Neste contexto, Oliveira e Alessi (2007) argumentam:

O trabalho em equipe adquire uma importância fundamental. O paciente psiquiátrico deixa de ser objeto de intervenção exclusivo da prática médica e passa a ser considerado sujeito e agente no seu próprio tratamento, de modo que passa a requerer outros instrumentos - projetos terapêuticos, estratégias de intervenção e assim é redesenhado por tais instrumentos.

Nessa nova clínica de atenção psicossocial, os familiares e os usuários dos serviços dispõem de equipes interdisciplinares para o acompanhamento terapêutico, cuidado no território e a atenção a crise. Para isso, esse modelo de práticas não manicomial requer uma equipe qualificada, comprometida e flexível para os dispositivos terapêuticos e sociais.

E que tenham a participação de trabalhadores de saúde mental preparados e dispostos a reorganizar os processos de trabalhos, fomentados para responderem com equilíbrio e sensatez as situações críticas que envolvem todo o universo da saúde mental.

Para Oliveira e Alessi (2003) equipe é:

O conjunto de agentes que operam diferentes saberes, por meio de diversos instrumentos, onde as práticas se relacionam, interagem entre si, onde há identificação de objetos comuns e uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os saberes, possibilitando o enriquecimento mútuo dos profissionais.

No ponto de vista de Marquis e Huston (2010), as equipes devem refletir a diversidade de gênero, cultura, etnia, idade e linguagem de seu público alvo. Ter um quadro de funcionários sensíveis e que dê respostas à diversidade costuma refletir sua valorização enquanto organização de trabalho, humanização e respeito ao próximo.

Entretanto Costa, Enders e Menezes (2008) consideram que o maior destaque nas equipes são os problemas relacionados à efetiva articulação entre as ações e à interação entre os profissionais da equipe de saúde no cotidiano do trabalho. Essas dificuldades indicam que esse trabalho como instrumento articulador, sofre grandes interferências de fatores relacionados aos recursos humanos.

Marquis e Huston (2010) entendem que uma das formas de se evitar as crises relacionadas ao desfalque de componentes na equipe, é o gestor da unidade ter a habilidade de prever, negociar e planejar a composição dos profissionais que constituirão a equipe. Conhecendo as necessidades para o cargo, os limites orçamentários e as disponibilidades históricas de contratação.

Tais autoras ainda completam o raciocínio dizendo que a escassez de recursos humanos, constitui o maior desafio para grande parte das organizações de saúde.

Para Merhy e Onocko (1997) o modo como as equipes se estruturam e como são gerenciadas os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” deste modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil.

Porém Costa, Enders e Menezes (2008), acreditam que essas dificuldades só serão compreendidas quando houver a construção de uma atenção integral, interativa e de qualidade à saúde. Que rompa com o modelo biomédico de formação, essas mudanças produzirão a transformação das práticas profissionais e da organização da rede de serviços.

Tais desafios muitas vezes têm como causa o despreparo e a deficiência na formação dos profissionais, conformados e acomodados ao modelo assistencial tradicional vigente no âmbito dos serviços de saúde (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

A comunicação também entra em discussão quando se fala em relacionamento de equipe, Marquis e Huston (2010) dizem que ela ocorre em dois níveis: verbal e não verbal, assim sempre que duas pessoas ou mais percebem umas às outras começa o processo de comunicação.

Considerando que cada pessoa é diferente, tomando decisões diferentes e tendo diferentes percepções, avaliar o clima externo costuma ser mais fácil do que avaliar o interno. Ao levantar dados sobre o clima interno, não esquecer que a mente humana percebe apenas o que espera perceber. o inesperado costuma ser ignorado ou mal compreendido. em outras palavras, os receptores não conseguem se comunicar quando a mensagem é incompatível com suas expectativas. se os emissores querem uma comunicação eficiente, precisam decidir o que o receptor verá ou ouvirá (MARQUIS e HUSTON, 2010, p. 464).

As autoras retratam que a qualidade da comunicação nas equipes é influenciada por diferenças de gênero, poder e posição. Diante dessa afirmação, levantam algumas variáveis que afetam a comunicação nas equipes, dentre elas:

- a) Estrutura formal da instituição (estruturas físicas muito grande, várias chefias e departamentos);
- b) Distância espacial entre as pessoas (chefias, profissionais, usuários);
- c) Subgrupos ou subculturas (afetam a mensagem a ser transmitida e como são percebidas);
- d) O gênero (homens e mulheres se comunicam e usam linguagem de modo diferente);
- e) O Repasse (quanto mais pessoas se envolverem na comunicação, maior a possibilidade de distorções);

Desta forma Marquis e Huston (2010) descrevem que a informação é formal, interpessoal e não influenciada por emoções, valores, expectativas e percepções. Por sua vez, a comunicação envolve a percepção e os sentimentos, ela não depende de informação e podem representar experiências compartilhadas. Portanto, em vez de compartilhar informações os profissionais deveriam comunicar-se continuamente.

Saraceno, Asioli e Tognoni (1994) enfatizam que no ambiente de trabalho dos profissionais, há a necessidade de uma comunicação clara, objetiva e não contraditória. Que exista espaço no processo para a autocrítica e para a avaliação periódica dos resultados esperados, para que somente desta forma, possa ser caracterizada como uma equipe integrada.

O autor aponta que o trabalho individual, isolado, a atitude defensiva e a repetição estereotipada das intervenções contribuem muito para que uma equipe não seja integrada.

Para Fortuna et al (2005) a comunicação pode estar se produzindo em meio a ruídos gerando mal-entendidos e situações paralisantes pois as trocas podem estar comprometidas.

Tais ruídos de comunicação originam situações conflituosas causadas muitas vezes pela separação histórica, raízes culturais, níveis de capacitação e prática entre os diferentes papéis profissionais. Além dos sentimentos de frustração entre os membros das equipes que, para Saraceno, Asioli e Tognoni (1994) fazem toda a diferença no processo de trabalho.

Para Pinho (2006), todas as situações conflituosas que permeiam os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que envolvem o trabalho em grupo, principalmente na área da saúde mental, aparecem onde a subjetividade dos sujeitos estão intrinsecamente envolvida. As equipes frente a essa subjetividade estão sempre enfrentando uma variedade de fatores situacionais e periféricos que impactam no seu processo de estruturação coletiva.

Conforme Onocko-Campos e Campos (2006) as formas pelas quais as pessoas se relacionam com os outros, os valores nos quais acreditam, o que é o aceito ou tolerado por um dado sujeito, são fundamentais para pensarmos esse nosso papel de potencializadores dos processos de mudanças nas equipes de trabalho, no dia a dia e na vida de cada um.

O gerenciamento de todas essas ações de mudanças em uma equipe de saúde mental ainda é um campo para ser refletido e analisado. O fato dos profissionais pensarem na compreensão da produção do cuidado em saúde mental como um compromisso com a defesa da vida, com o sujeito e com a política proposta, nos faz pensar que possamos partir para um grau de assistência e saber compartilhado.

Segundo Onocko-Campos e Campos (2006), esse saber compartilhado permite que os profissionais escapem das receitas prontas devendo interromper a visão estereotipada dos processos de trabalho, e desta forma, estimular os saberes dos sujeitos envolvidos.

Direcionando para os CAPS e suas equipes multiprofissionais, o ideal seria se todos os envolvidos pudessem construir espaços coletivos de troca de saberes.

Espaços estes, que contribuíssem para problematizar, discutir e planejar as ações diárias dos serviços, que conseguissem administrar os problemas e o gerenciamento das situações conflituosas, buscando

pensar sempre nos objetivos comuns dos serviços. Desta forma, seria como repensar as nossas próprias vidas como trabalhadores.

O direcionamento desses espaços deve ser planejado sobre a ótica da cogestão, chamando o grupo para a responsabilidade de suas ações. Focar na qualidade do ambiente de trabalho e no bom relacionamento dos profissionais, driblando os fatores estressores do cotidiano de um CAPS deve ser uma das metas dentro das equipes.

O desgaste dos trabalhadores de saúde é muito grande, ainda que seja diferente do desgaste de outras profissões, o contato permanente com a dor, o risco e o sofrimento ativam as nossas próprias pulsões vitais (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006, p.18).

O que precisa ser considerado, é que os profissionais dos CAPS estão sujeitos a todas as emoções que permeiam o cotidiano dos processos de trabalho em saúde mental, estando expostos a desestabilizações administrativas das instituições, dos serviços e da própria equipe. Essas instabilidades emocionais cristalizam os saberes dos trabalhadores, aflorando as situações conflituosas que assombram diariamente as relações interpessoais dos trabalhadores de saúde mental.

Na visão de Onocko-Campos e Campos (2006), os trabalhadores de saúde não conseguem mais perceber que gastam suas vidas na defesa da vida dos outros. Eles não se perguntam mais para quem trabalham. São automáticos, tarefairos e engessados no modo de produção que os induz a serem apenas profissionais adequados dentro de um saber contido e distante.

Seguindo essa linha de pensamento, os autores defendem a criação de espaços onde essas questões permaneçam vivas, podendo ser analisadas, não recalçadas. Essas questões não devem se transformar em atuações perversas ou burocráticas dentro dos serviços, que prejudiquem as relações profissionais, a assistência aos usuários e nem o trabalho com a comunidade.

As ações que envolvem as equipes que trabalham nos CAPS são muito complexas pela responsabilidade de organizar junto com a atenção básica a rede de saúde mental no território, e também por terem como referência uma clínica acolhedora e construtiva da singularidade de cada usuário e familiar.

Essa forma de trabalhar com o território, faz com que os profissionais envolvidos nesse arranjo institucional sejam obrigados a

repensar as suas práticas, suas relações com o sofrimento, com as crises e com o meio social em que vivem.

Para Miranda e Onocko-Campos (2010), mesmo sabendo que há uma boa organização das equipes isso não garante que há uma comunicação efetiva entre seus pares. É necessário que as equipes estejam em constante processo de construção de pontes que permitem o tráfego de informações entre os profissionais. De tal modo, que coloquem as afinidades e as diferenças em contato com o grupo, sem negá-las ou emudecê-las.

Diante disso, precisa-se começar a pensar em uma nova gestão em saúde. Uma gestão onde o trabalho em equipe tenha espaço para cuidar dos sofrimentos inerentes aos desgastes nas relações de trabalho e interpessoais.

Conforme Miranda e Onocko-Campos (2010), essas relações devem acontecer em um campo que, sem desfazer dos núcleos disciplinares, se faça necessário flexibilizar suas fronteiras e suas desavenças.

Com o intuito de ampliar a capacidade de compreensão e intervenção nas situações conflituosas, sobre as necessidades globais dos serviços e seus colaboradores, faz-se necessário, um novo agir em saúde mental. Voltado para uma clínica aberta às diferenças, que respeite a singularidade dos sujeitos e que promova além das reuniões de equipe integração profissional e pessoal dentro dos CAPS I.

Segundo Grando e Dall'agnol (2010) as reuniões de equipe, no cotidiano dos serviços, são importantes dispositivos para a estruturação, organização, informação, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões.

São momentos únicos de socialização dos conhecimentos, contribuição espontânea de ideias por parte de todos os participantes, com o intuito de resolver algum problema ou de conceber um trabalho criativo.

As reuniões de equipe podem ser importantes dispositivos para o redelineamento do trabalho, por meio de discussão de casos em uma perspectiva interdisciplinar, desenvolvimento de atividades em educação permanente e avaliação sistemática do cotidiano da equipe (GRANDO; DALL'AGNOL, 2010, p.505).

Por outro lado Fortuna et al (2005) chama a atenção para o que vários outros autores já descreveram em relação as complicações das reuniões para as equipes. O fato de sentar junto para conversar parece tão fácil, mas, muitas vezes não é, nesses momentos, deparamos com diversas contradições, diferenças, situações conflituosas veladas e com as expectativas que temos uns dos outros que não são claramente faladas.

Fortuna et al (2005) reforçam que esses espaços de reuniões podem servir para que nada se modifique, para que tudo permaneça da mesma forma se a equipe não estiver implicada com os processos de trabalho. Um dos indicativos de que essas reuniões não estão sendo operativa segundo os autores, é quando não há mudança no jeito de trabalhar dos profissionais. Esses espaços das reuniões de equipe devem contemplar todos os profissionais do serviço (técnicos, administrativo e serviços gerais) para serem realmente produtivas e produtoras de mudanças, se não, apenas reproduzirão o velho modelo de atender mecanizado, individualizado e tarefeiro da saúde.

Em uma equipe onde os profissionais não se conversam, não discutem questões rotineiras do ambiente de trabalho, existirá a possibilidade de encontrar relações de pouco vínculo ou com os vínculos desatualizados, podendo haver muita insatisfação e talvez desentendimentos frequentes que nem sempre são resolvidos e explicitados segundo Fortuna et al (2005).

São essas pessoas que, com o seu fazer, seu modo de agir e pensar que vão construindo o jeito de trabalhar em saúde. O modo de trabalhar e a forma como o trabalho está organizado influencia as relações da equipe de trabalho. O contrário também é verdadeiro: as relações influenciam o jeito de trabalhar (FORTUNA et al, 2005, p. 266).

Segundo Grigolo (2010) esse jeito de trabalhar a complexidade e a multidimensionalidade da nova clinica da atenção psicossocial pode ser vista como potência ou sobrecarga, vai depender da estrutura da equipe e dos arranjos institucionais que fazem parte dos processos de trabalhos.

De acordo com a autora, os CAPS deveriam ter apoio externo constante para os profissionais através das supervisões clínicas institucionais, no qual possibilitariam a avaliação permanente das

relações profissionais, dos movimentos e da inércia do serviço, auxiliando desta forma a efetividade da clínica psicossocial praticada.

Para além, a autora enfatiza que a movimentação desses trabalhadores pela rede de saúde e de atenção psicossocial será estabelecida por vínculos. Seja eles para alterar os lugares de atuação, ou como importante fonte de motivação e incentivo para o trabalho na saúde mental. Esses vínculos proporcionarão também o apoio mútuo na própria equipe, o acolhimento e a escuta entre os profissionais.

A clínica psicossocial depende de uma equipe multiprofissional e de todo o seu engajamento no cuidado, nas relações cotidianas dos usuários, familiares e com o território. Desta forma o desgosto pelo trabalho e a instabilidade profissional é fatal para os vínculos estabelecidos e para essa nova clínica (GRIGOLO, 2010, p. 250).

Contudo Fortuna et al (2005), apontam que vivenciar o trabalho em equipe não é falar de algo harmonioso. É falar de pessoas em relação, que terão momentos de conflitos e que esses não serão ‘negativos’, ‘ruins’, ou algo a ser evitado. Mas serão inerentes as relações e serão possibilidades de crescimento se forem trabalhados de uma forma positiva e reflexiva dentro dos processo diários de trabalho.

## 2.3 PROCESSOS DE TRABALHO: OS CAPS COMO PRODUTOORES DE MUDANÇAS

Com a mudança de paradigmas no campo da saúde mental, percebe-se que o CAPS é um lugar de mudanças, tanto para os usuários, como para os profissionais que vem de uma lógica centralizadora, hospitalocêntrica e engessada para novas práticas de cuidado.

De acordo com Merhy (2005) precisa-se usufruir dos bons ventos que trazem as mudanças na assistência e nos processos de trabalho na saúde mental. Transformando a negação das relações nos cotidianos das equipes em cooperação e reflexão das práticas, através de um trabalho cooperativo, que produza novas ideias desejantes, novos sentidos para a inclusividade social e para a nova clínica psicossocial.

Para que essa mudança tão desejada ocorra, é necessário conhecer as situações que facilitam os processos conflituosos das equipes,

identificar os sentimentos de desmotivação e de estresse que acometem os profissionais, para que desta forma, encontrem o caminho e a motivação para continuar desempenhando uma assistência diferenciada e de qualidade no cuidado ao usuário de saúde mental.

Apostar alto deste jeito, é crer na fabricação de novos coletivos de trabalhadores de saúde, no campo da saúde mental, que consigam com seus atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde, produzir mais vida e interditem a produção da morte manicomial, em qualquer lugar que ela ocorra (MERHY, 2005).

Dentre as ações a serem feitas em uma equipe de saúde mental, o fortalecimento dos sujeitos e a construção da democracia institucional são um dos principais pontos a serem atingidos. Tais ações permitem compreender a multiplicidade das relações interpessoais implícitas no trabalho vivo em saúde, capazes de contribuir com habilidades e competências diferentes para o alcance dos objetivos comuns do grupo.

Acreditar em um processo de trabalho reflexivo, dinâmico e humanizado, nos faz pensar que devemos primeiro desconstruir o velho modo de cuidar, para depois remodelar um novo recomeço do cuidar em saúde mental.

Fazendo um recorte na história, e levando em conta que todo esse processo de mudança já vem acontecendo ao longo da Reforma Psiquiátrica, percebemos que a produção de cuidado tem um novo sentido.

Segundo Merhy (2005) essa mudança ainda é tímida, mas que vem avançando nos últimos anos com novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social de inclusividade e cidadania.

Esse novo jeito de pensar, de acordo com Merhy (2005) diz que devemos começar a olhar sob uma nova forma de produzir saúde e o cuidado nas redes do serviço público. Esse olhar deverá permitir o estímulo de um conjunto de reflexões teóricas que permitirá construir um modo competente de realizar a mudança de paradigmas que a nova clínica psicossocial almeja. Para que esse novo pensar aconteça é necessária também, uma atuação mais complexa que visa a integralidade

em todo o contexto do processo de trabalho em uma equipe de saúde mental.

A integralidade em saúde mental para Merhy (2005) é ter uma equipe protagonista de novas práticas, que gerencie e produza novos territórios de encontros entre os profissionais, os serviços e a comunidade, resultando no agir coletivo da produção do cuidado.

Eis a questão, como fazer então, uma equipe multiprofissional, com vários saberes, interesses e ideologias diferentes, sobre o cuidado, agirem de forma a construírem na sua prática diária (a qual é voltada para a multiplicidade das ações) e explorarem nos seus cotidianos as caixas de ferramentas nos processos de trabalho?

Merhy (2005) cita que essas caixas de ferramentas são um conjunto de saberes disponíveis para a ação da produção dos atos de saúde. Utilizados para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde individualmente ou em equipe que dão concretude a proposta de integralidade em saúde mental.

Bosi et al (2011) referem que os avanços no campo da saúde mental caminham em direção à exigência de construção de práticas inovadoras voltadas à desinstitucionalização e à inclusão social. Tais práticas devem ter como parâmetro.

Novos horizontes éticos, materializados em uma rede de saúde mental centrada no território, portanto, marcada pela defesa de um modo mais humanizado de cuidado, menos excludente, e pelo reconhecimento dos determinantes biopsicossocioculturais do processo de adoecimento, em que a saúde passa a ser considerada um processo em que o sujeito se atualiza com o mundo, construindo e atribuindo significados (BOSI et al., 2011, p. 1247).

Por outro lado, se essas mudanças nos processos de trabalho da saúde mental não forem bem conduzidas, podem virar um complicador da comunicação e das relações interpessoais na equipe.

As práticas e os saberes quando enviesados e excludentes são transformadores de conflitos, dificultando a composição dos processos de trabalho. Gerando vários tensionamentos e causando transformações

que desconfiguram este campo de múltiplas práticas e interferem na produção do cuidado.

Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) a saúde do trabalhador propõe colocar o processo de trabalho (não o indivíduo) no centro da análise dessa relação, defendendo as mudanças nos processos de trabalho potencialmente produtores de adoecimento. Ao mesmo tempo em que se pretende valorizar o saber e a experiência do trabalhador sobre o seu próprio trabalho, entendendo-o como sujeito ativo do processo saúde-doença e não, simplesmente, como objeto da atenção a saúde clínica.

Portanto, proporcionar ambientes produtores de saúde, bem estar e de saberes, no lugar de locais protocolados e estagnados de "ditos conhecimentos individualizados", ajuda a desmistificar os ambientes enrijecidos, frios e individualistas de muitos serviços.

Assim as ações de desinstitucionalização não serão somente direcionada aos pacientes, mas também às equipes multiprofissionais dos CAPS, que decorrente as metodologias de trabalho aplicado e a rotina nos serviços, tornam suas práticas muitas vezes institucionalizadas pelo ambiente e pelas práticas do processo de trabalho.

## 2.4 CONFLITOS NAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL, UM DESAFIO A SER ESTUDADO

O trabalho em saúde mental se estrutura a partir de um conjunto de profissionais de diversas áreas, com múltiplos saberes e fazeres específicos. Esses saberes por um lado, formam um campo de interdisciplinaridade que enriquece a prática do cuidado, favorece a inovação da assistência e possibilita o intercâmbio de experiências.

Porém essas diferentes formações e experiências podem também determinar a presença de conflitos nas equipes. A necessidade de negociações permanentes e as disputas por espaços e métodos terapêuticos, podem tornar os conflitos rotineiros no modo cotidiano de se produzir saúde.

Spagnol (2013) relata que os conflitos devem ser compreendidos para além da luta de opostos e das divergências de ideias, valores e percepções entre as pessoas. Para autora esses fenômenos surgem em decorrência do fato de que as instituições se constituem por indivíduos que demarcam uma posição, disputam projetos, tem olhares e ações

interessadas, sendo suas relações atravessadas durante esse processo por diversas situações do cotidiano.

Em qualquer processo de trabalho que exista interação entre pessoas vão surgir situações conflituosas. Define-se aqui estas situações como contrárias à cooperação, à discórdia, divergência, controvérsia ou antagonismo. Para Marquis e Huston (2010) o conflito é definido como uma discordância interna resultante de diferentes ideias, valores ou sentimentos de duas ou mais pessoas.

Já para Corradi, Zgoda e Paul (2008) o conflito ou situação conflituosa é entendido como divergências de ideias e percepções dos indivíduos envolvidos. Nem sempre o conflito deve ser visto como um ponto negativo em uma equipe, muitas vezes o conflito se faz necessário. Tudo vai depender de como as pessoas lidam com ele, ou seja, se as emoções e a imparcialidade determinarem como conduzir a situação conflitante. Há uma grande probabilidade de que tome o caráter negativo e produza efeitos desastrosos nas relações das equipes.

Seja qual for a situação conflituosa, ela pode sim se tornar positiva ou negativa, tudo vai depender do enredo que o conflito está inserido. Os fatores que desencadeiam os conflitos e a forma como se desenvolverão, podem evoluir para serem estimulados ou inibidos, tudo vai depender das circunstâncias e dos tensionamentos que a equipe estará envolvida.

Ao falar que o conflito pode ser positivo, refere-se o fato de que ele também desperta sentimentos e energias aos membros da equipe. Ele estimula os interesses e melhora o desempenho do grupo, buscando soluções criativas e inovadoras para os processos de trabalho, aumentando dessa forma a coesão grupal. Além disso os conflitos servem também, para chamar a atenção para os problemas existentes nos processos de trabalho.

Se por um lado, o conflito causa esse efeito, por outro lado, pode causar consequências indesejáveis para o ambiente de trabalho também. De acordo com os autores Corradi, Zgoda e Paul (2008), os envolvidos nas situações conflituosas veem seus esforços bloqueados, desenvolvendo sentimentos de frustração, hostilidade e tensão, prejudicando as relações interpessoais e desta forma, gastando uma energia desnecessária no ambiente de trabalho.

O conflito nas equipes de saúde pode ser expresso abertamente por um aumento das críticas, implicâncias ou discussões entre os membros da equipe. Quando não abertamente demonstrado, o conflito pode levar a sintomas de desmotivação e insatisfação da equipe, desencadeando uma redução na quantidade e qualidade do trabalho e, conseqüentemente, ao atendimento inadequado dos pacientes (FARIAS et al, 2007, p. 115)

Para que os profissionais da equipe consigam administrar as situações conflituosas com eficiência é necessário o entendimento da sua origem segundo Marquis e Huston (2010), pois situações como essas mau resolvidas podem romper com os relacionamentos no trabalho e resultar em menor qualidade na assistência ao usuário de saúde mental.

Desta forma, Marquis e Huston (2010) categorizam os conflitos em três partes:

- 1) Conflito Intergupal: entre dois ou mais grupos de pessoas (ex: família e trabalho);
- 2) Conflito Intrapessoal: dentro da pessoa (valores ou desejos contraditórios);
- 3) Conflitos Interpessoais: ocorrem entre duas ou mais pessoas com valores, metas e crenças diferentes.

Em relação aos estágios do conflito, são cinco classificados pelas autoras:

- 1) Conflito Latente: implica na existência de condições anteriores, como escassez de funcionários e mudanças rápidas. Acontecimentos como estes, devem ser analisados para que possam ocorrer intervenções antes do aumento dos conflitos por eles criados.
- 2) Conflito Percebido ou Concreto: é intelectualizado e costuma envolver questões e papéis, é reconhecido de forma lógica e impessoal como algo que está acontecendo. Algumas vezes pode ser resolvido nesse estágio, antes mesmo de ser internalizado ou sentido.
- 3) Conflito Sentido ou Afetivo: existe um conteúdo emocional. As emoções sentidas incluem hostilidade, desconfiança e raiva. Nesse estágio há duas opções: pode ser percebido mas não sentido (ex: ausência de emoção, percebe-se apenas o problema a ser resolvido) e na outra opção ele pode ser sentido mas a pessoa/grupo não percebe o problema (ex: não conseguem identificar a causa do conflito).
- 4) Conflito Manifesto ou Aberto: ocorre a ação, pode ser de retraimento, competição, debate ou busca de solução. As pessoas não ficam a vontade para resolvê-los, ou relutam diante deles por várias

razões. Os sentimentos envolvidos incluem: medo (da retaliação, do ridículo, de alienar outras pessoas), sensação de não terem direito de se manifestar.

- 5) Pós-Conflito: estágio final, haverá sempre uma consequência positiva ou negativa. Se bem administrados, as pessoas nele envolvidas acreditarão que receberem tratamento justo ao serem ouvidas. Mas se o conflito for mau administrado, o assunto costuma permanecer, podendo voltar posteriormente para causar mais problemas.

Marquis e Huston (2010) trabalham com a ideia de que a primazia para a resolução dos conflitos é a construção de uma boa negociação entre todos os envolvidos. Sugerem estratégias que incluem compromisso, competição, acomodação, amenização, evitamento e a colaboração dos implicados nas situações conflituosas.

Para as autoras o consenso, a concordância de opiniões, ainda que demande tempo, são maneiras eficientes de solução de conflitos e negociação em uma equipe.

Pouco conflito resulta em estagnação organizacional; muito conflito reduz a eficiência da organização e, finalmente, pode imobilizar os funcionários (MARQUIS; HUSTON, 2010, p. 526).

Esse é um dos desafios das equipes de saúde mental, as situações conflituosas que surgem de diferentes maneiras no cotidiano do trabalho e que por vezes não são resolvidas de forma satisfatória e construtivas.

Na área da saúde busca-se constantemente a humanização dos serviços, porém ainda trabalha-se na lógica do modelo bio médico onde a especialização dos atendimentos e a fragmentação do cuidado é muito presente nos serviços. O reflexo desse modelo caracteriza-se pela mecanização dos atendimentos, pelo padrão de gerenciamento hierárquico das equipes que apresentam um perfil de superioridade e/ou subordinação. Esse processo de trabalho algumas vezes se distinguiu pela individualização das especialidades, que tornam o trabalho parcelado e a produção do cuidado cada vez mais fragmentada.

Segundo Merhy (2005), no trabalho em saúde, a assistência é no trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde, que

devem buscar colocar as necessidades do usuário no foco da assistência, rompendo com a excessiva fragmentação da assistência.

Essa fragmentação do fazer, dos saberes e dos discursos nas equipes, pode por vezes individualizar o cuidado, bem como, promover um distanciamento entre os profissionais da equipe. Esse processo por sua vez, acarreta no empoderamento de categorias profissionais e na individualização da produção de trabalho.

Esse movimento faz com que as equipes não se reconheçam como um todo, como um núcleo de cuidado, dificultando, desta forma, o gerenciamento das ações e o senso coletivo nas equipes.

Para Campos (2005) a democracia é uma reforma social, produto de práxis de grupos e sujeitos, ela dependerá da correlação de forças e do confronto dos movimentos sociais. O autor considera que ao perceber a presença da democracia institucional de uma equipe em um espaço de construção compartilhada, o acesso às informações do serviço facilitará as tomadas de decisões. Essa democracia institucional que tenta se infiltra nos processos de trabalhos vem sobrecarregadas de questionamentos que devem ser refletidos com os profissionais.

Assim como obter uma equipe democrática, pró ativa e que busque à produção de novos contratos e a construção de uma nova hegemonia? Como fazer para que os saberes não sejam mais uma disputa de categorias e, sim, um modo de produzir o cuidado, fortalecendo as relações inter pessoais e socializando o conhecimento?

De acordo com Farias et al (2007) só o fato de reconhecer a outra pessoa e o seu ponto de vista já contribui para criar o entendimento e facilitar o relacionamento interpessoal nas equipes. Desta forma se constrói o bom relacionamento nos processos de trabalho, onde os pontos de vistas e a clareza das atitudes são respeitados, criando um clima cordial em que as diferenças podem conviver pacificamente.

Uma das formas de se obter uma equipe de saúde mental participativa e comprometida com os processos de trabalho é através da construção diária de um senso de equipe dinâmico, objetivo e prático. Essa construção se dá através de sistemas de cogestão e de democracia institucional.

Esse processo deve ser construído e lapidado entre os sujeitos envolvidos, através de novos hábitos e conceitos que possam contribuir com novas ideias e ações que ajudem a fortalecer e diminuir a distância que existe entre os membros da equipe multiprofissional.

Desta forma, poderiam sentir-se empoderados para as tomadas de decisões em grupo e conseqüentemente conseguirem driblar as situações

conflituosas que surgem diariamente, fortalecendo os profissionais por meio do trabalho em equipe.

Para Spagnol (2013) considera-se que as relações de conflitos são processos dinâmicos e complexos, que necessitam ser analisados constantemente pelas equipes dos serviços. Dessa forma poderiam encontrar estratégias que explicitem cada vez mais os ruídos presentes no cotidiano das equipes.

O autor relata que trabalhar com os sujeitos envolvidos e as metodologia das instituições são grandes desafios, pois envolvem a quebra de paradigmas e reinventa um novo olhar para o trabalho em equipe, modificando as formas de produção do cuidado e melhorando o sistema de informações dentro das relações profissionais o tempo todo.

Pensar novos valores e uma nova ética, mas tratar de organizar uma vida material que estimule a lógica da co-gestão e não a outra da dominação. Pensar não é dispositivo de controle, mas na construção da capacidade de instituir compromissos: a base da co-gestão, ninguém governa sozinho. Tomar a assunção de compromissos e autonomia do Sujeito como um relação dialética, uma relação indissociável do modo como se opera a relação entre democracia e instituição (CAMPOS, 2005, p. 44).

Para Merhy (2005) esse é um modo de alimentar os dispositivos afetivos de tensão entre as novas práticas e velhos hábitos de se fazer saúde mental. O autor afirma que tanto a gestão como os profissionais da área ainda não estão abertos para novas formas de cuidar e de fazer saúde mental. Por ser um modelo que tem um olhar diferenciado na assistência ao usuário de saúde mental, a implicação com o processo de trabalho exige outras posturas em relação as ações do cotidianos, como a construção de praticas alternativas e substitutivas de cuidado.

Por isso que, na assistência á saúde mental considerar um único modelo como ideal para a prática em saúde mental é ousado e desafiador, pois existem muitos interesses econômicos, corporativos e idealistas presentes nas relações interpessoais e de trabalho que envolvem os CAPS.

### 3 MÉTODO

Para pesquisar sobre as Situações de Conflitos nas Equipes dos Centros de Atenção Psicossocial esse estudo baseou-se em uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa.

Conforme Minayo et al (1994), a pesquisa qualitativa busca responder as questões muito particulares de um nível de realidade que não podem ser quantificada. Ao trabalhar com os significados dos fenômenos observados, extrapolam as operacionalizações de variáveis.

A autora reforça que é a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa está sempre vinculada ao pensamento e a ação.

A pesquisa qualitativa de base fenomenológica foi utilizada neste trabalho no sentido de descrever e compreender as situações conflituosas de uma equipe de CAPS I, através das experiências e vivências das pessoas, e dos arranjos institucionais que vão se formando no dia a dia dos serviços. Segundo Moreira (2004) a fenomenologia entra em contato com as 'próprias coisas' dos indivíduos, dando destaque à experiência vivida.

Fenomenologia significa estudo dos fenômenos, isto é, daquilo que aparece à consciência, daquilo que é dado. Trata-se de explorar este dado, a própria coisa que se percebe, em que se pensa, de que se fala, evitando forjar hipóteses, tanto sobre o laço que une o fenômeno com o ser de que é fenômeno, como sobre o laço que o une com o Eu para que é fenômeno (MOREIRA, 2004, p. 68).

Para Figueiredo (2004) a pretensão da fenomenologia está em não separar o sujeito do fenômeno, mas reuni-los de maneira indissociável. Seria como reunir dialeticamente na intencionalidade, o homem e o mundo, o sujeito e o objeto, a existência e a significação.

A autora ainda enfatiza que o sujeito será fonte geradora do fenômeno e esse sempre terá algo a dizer do sujeito, por isso, os fatos são gerados a partir das experiências e vivências das pessoas e suas relações com o mundo.

Minayo (2007) enfatiza que os estudos e seus significados somente serão entendidos quando traduzidos por quem o vivencia,

possibilitando a interação dos sujeitos como produtores do conhecimento. Desta forma, essa dissertação buscou conhecer as experiências de uma equipe de CAPS I no cotidiano do cuidado em saúde mental, com foco nos conflitos gerados entre os profissionais, entendidos como resultado da ação humana objetivada e subjetivada.

### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada com os profissionais de saúde, administrativos e outros, efetivos e/ou contratados que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) localizado em um município do Médio Vale do Itajaí em Santa Catarina.

Este CAPS I é considerado uma instituição nova, com apenas 04 anos de atuação, foi inaugurado em agosto de 2011 e é referência desde então para uma população de 30.009 habitantes (IBGE, 2012). Seu horário de funcionamento é das 8:00 as 17:30 horas sem fechar para o almoço de 2ª a 6ª feiras.

O público alvo de atendimento deste CAPS I vem ao encontro com o preconizado na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 (BRASIL, 2013).

Presta atendimento aos usuários de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e/ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15.000 habitantes.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município é composta por um CAPS I, 10 Equipes de Saúde da Família (ESF), 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 01 Hospital Geral, SAMU e 01 Comunidade Terapêutica localizada atrás do CAPS I.

A assistência em saúde mental do município está centralizada no CAPS I, este além de ter um papel na reabilitação psicossocial também funciona como um ambulatório de saúde mental. Os usuários e a comunidade são atendidos através de encaminhamentos das unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), hospital geral, SAMU, conselho

tutelar, Ministério Público e como porta aberta, ou seja, sem encaminhamentos.

A relação do CAPS com os outros pontos de atenção da RAPS é de fragilidades e pouco entrosamento entre os serviços. Os fluxos de encaminhamentos são engessados, voltados para um sistema de referência e contra referência fragmentados que priorizam mais a resolução de crises, do que a reabilitação do usuário. Essa fragilidade também é percebida com os demais setores que compõe a rede assistencial do município como a secretaria de educação, assistência social, segurança pública e demais setores.

Ao chegarem ao CAPS I os usuários passam por um acolhimento pré-agendado na unidade podendo passar ou não por avaliação médica quando necessário. Os acolhimentos são realizados diariamente pelos profissionais técnicos, totalizando em média 30 acolhimentos ao mês.

Outras atividades desenvolvidas são os grupos terapêuticos, oficina de artesanato, grupo de mulheres, grupo de homens, grupo de apoio ao dependente químico, visitas domiciliares, grupo de família e assembleia geral de usuários e familiares.

Baseada na Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), a escolha por esse CAPS I deste município deu-se pelos seguintes motivos:

- a) Ser de pequeno porte (população entre 20.000 e 70.000);
- b) Modalidade de atendimento da instituição (CAPSI), que atende prioritariamente usuários com sofrimento psíquicos severos, persistentes e de uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).
- c) Equipe técnica mínima: 01 médico com formação em saúde mental, 01 enfermeiro, 03 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo e ou outro profissional necessário ao projeto) e 04 profissionais de nível médio (técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

E ainda considerando a inserção da pesquisadora na área da saúde mental e suas inquietações, somado ao fato da mesma fazer parte de uma equipe multiprofissional de outro Centro de Atenção Psicossocial (CAPSI) da mesma região, foram pontos determinantes para influenciar a investigação desta amostra neste ambiente de trabalho no qual serviu de parâmetros para os objetivos deste estudo.

Além desses fatores os CAPS I constituem a maioria dos CAPS do Brasil e, ao mesmo tempo, há poucos estudos sobre as situações de conflitos neste tipo de CAPS na literatura acadêmica e técnica.

Os sujeitos nesse estudo foram nove profissionais da equipe do CAPS I de diversas áreas, tais como: 01 enfermeira coordenadora do serviço, 02 psicólogas, 01 terapeuta ocupacional, 01 farmacêutica, 01 técnico de enfermagem, 01 auxiliar administrativo e 02 auxiliares de serviços gerais. No período da pesquisa o serviço não possuía um médico psiquiatra, apenas suporte de médicos clínicos gerais em outras unidades quando necessário.

Os critérios de escolha desses sujeitos neste estudo foram por serem profissionais que atuam na equipe de um CAPS I, por terem contato diário com os usuários de saúde mental e também por terem disponibilidade em participar dessa pesquisa.

### 3.2 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para a realização deste estudo, o método descritivo foi utilizado, através da aplicação de questionários (APÊNDICE A) com perguntas abertas e fechadas e uma roda de conversa com os profissionais do serviço para esclarecimentos quanto a pesquisa. Os questionários foram aplicados com a intenção de conhecer as percepções acerca das situações de conflitos nas equipes, as potencialidades, dificuldades existentes e suas necessidades de resolução destes nos processos de trabalhos no cotidiano de trabalho de um CAPS I.

O questionário foi dividido em duas etapas:

Inicialmente serão apresentados os dados contendo as características do grupo como: estudo com relação ao sexo, idade, profissão, ano e formação acadêmica, pós graduação, tempo de trabalho no serviço, carga horária semanal, vínculo e como vieram trabalhar neste CAPS I.

Na segunda parte do formulário, encontram-se as questões com relação aos processos de trabalho (questões administrativas e operacionais).

As questões envolveram também a frequência e modo como as reuniões de equipe acontecem, se o serviço já teve supervisão clínico institucional, se há o compartilhamento de informações e conhecimentos e como os papéis dentro da equipe são definidos.

O instrumento busca também, como se dão as relações entre as diferentes categorias profissionais, se há lideranças no grupo, se existe

situações conflituosas, quais os fatores envolvidos, como são resolvidos e como esses conflitos influenciam o cuidado dos usuários e familiares.

Também serão analisadas as questões referente a existência de autonomia para tomada de decisão individual, de como os profissionais gostariam que fossem os seus espaços de trabalho e quais as propostas para a melhoria do relacionamento de trabalho da equipe.

Essas duas etapas da coleta de dados foram sistematizadas e organizadas, para que a pesquisadora pudesse ter uma visibilidade das concepções e das propostas da equipe a respeito dos conflitos vivenciados no processo de trabalho.

Os dados coletados nessa pesquisa foram colhidos pela própria pesquisadora, em março de 2015. As datas foram previamente agendadas com a coordenadora do serviço, conforme a disponibilidade dos profissionais da instituição.

### 3.3 PROCEDIMENTOS

Para a realização do estudo, a pesquisadora entrou em contato com a coordenadora do CAPS I com o intuito de explicar a intenção da pesquisa e agendar uma reunião para a demonstração do projeto, seus objetivos e finalidade.

Somente após a autorização da Gestora Municipal de Saúde e o consentimento da coordenadora da instituição é que foram agendados os dias e os horários da aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

No dia agendado com a equipe foi realizado uma sensibilização e uma explanação dos objetivos da pesquisa para o grupo. A coordenadora do CAPS I já havia discutido com a equipe sobre a intenção da referida pesquisa, tornando mais acessível este momento de discussão do assunto e facilitando a aplicabilidade do instrumento.

Após essa etapa realizou-se uma roda de conversa com os profissionais que faziam parte do público alvo deste estudo. Neste momento foi explanado sobre o Curso do Mestrado Profissional em Saúde Mental da UFSC, o tema da pesquisa, o conteúdo, os objetivos desse estudo e a importância da participação de todos neste processo.

No decorrer da roda de conversa que precedia o momento da aplicação dos questionários, foram garantidos aos participantes da pesquisa o anonimato, o sigilo e o direito de desistência e/ou de negar-se a contribuir para o projeto de pesquisa. Ainda durante esse processo, foi solicitado a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido em duas vias (APÊNDICE B), um para o profissional e outra para os pesquisadores.

Para não ferir as diretrizes éticas propostas nesta dissertação, os pesquisados serão nomeados e identificados por códigos, a fim de não identificá-los dentre aos membros da equipe. Os nove profissionais que participaram da coleta de dados foram nomeados pelo código identificador Entrevistado, juntamente com uma numeração que pontua a quantidade de profissionais pesquisados. Então teremos no estudo os pesquisados E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9.

Durante o processo de coleta de dados da pesquisa, alguns participantes apresentaram dúvidas sobre determinadas questões no decorrer do preenchimento. Tais dúvidas pontuais foram sanadas pela pesquisadora no decorrer da coleta de dados.

Ao término da coleta dos dados, realizou-se um breve momento de avaliação deste processo de coleta de dados com os participantes (como foi o preenchimento do questionário, se gostaram das perguntas, da intenção da pesquisa, e das expectativas do resultado da pesquisa).

Em seguida foram dadas algumas orientações de como seria o retorno deste trabalho para a instituição, visando a uma nova reunião com os profissionais deste serviço para a realização da discussão dos resultados obtidos e da devolutiva dos dados encontrados.

Nesse encontro deverá ser exposto aos participantes o perfil da equipe, as situações geradoras de conflitos encontradas na produção do cuidado e suas repercussões para o cuidado. Também nesta ocasião, deverá ser sugerido para os profissionais a criação de espaços de reflexão sobre os conflitos no processo de trabalho e o cuidado dos usuários e familiares.

O trabalho de campo mostrou-se fundamental para entender os fenômenos sociais que envolveram o tema a ser pesquisado, bem como todo, o conjunto de relações interpessoais que está ligada à equipe deste CAPS I.

### 3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os participantes da pesquisa foram informados sobre o termo de consentimento livre esclarecido do qual todos deveriam estar cientes das questões éticas do estudo e aceitarem participar voluntariamente da pesquisa.

Segundo Vasquez (2005) "ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade, ou seja, é a ciência de

uma forma específica do comportamento humano". Sendo assim, a ética é um conjunto sistemático de conhecimento sobre o comportamento humano moral.

A ética é um dos princípios do processo de pesquisa que demanda do pesquisador respeito e proteção aos seres humanos envolvidos na investigação. Portanto, este estudo segue o proposto nas diretrizes estabelecidas pela resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Os princípios dessa normativa que embasaram essa pesquisa foram a autonomia, que preservou a participação ou a desistência do participante, a não maleficência onde implicou no respeito à privacidade do participante sem submetê-lo a constrangimentos, a beneficência que considerou o benefício que o participante terá na pesquisa e a justiça na qual visa minimizar riscos e vulnerabilidades dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2012).

Priorizando esses princípios éticos, este estudo sobre as situações de conflitos nas equipes dos centros de atenção psicossocial, busca a valorização das relações dialógicas, horizontais e participativa como um potencial do ser humano.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON, sob o número de CAAE 41629914.4.0000.5355. A aprovação pelo CEPON se deu pelo fato do Comitê de Ética da USFC estar sobrecarregado no período que o projeto foi submetido a Plataforma Brasil, automaticamente sendo este estudo encaminhado para avaliação dessa instituição.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A partir das transcrições dos questionários aplicado ao grupo, os dados foram analisados através de uma interpretação crítica e reflexiva recomendada por Minayo (2007).

Para tanto, foram utilizados os princípios da Análise Temática pela razão que os temas emergidos dos dados brutos possuem, ou seja, uma unidade de significados que ao serem analisados em conjuntos resultam em relações interpretativas relativa ao objeto do estudo.

Segundo Bardin (2004) esse método enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta, permitindo que o

conteúdo das respostas abertas e fechadas sejam avaliados rapidamente por temas.

Na análise temática é permitido encontrar os núcleos de sentido que compõe a comunicação cuja frequência e presença enredam o desvelamento do objeto analisado.

Minayo (2007) enfatiza que a análise temática dos dados é disposta de três etapas:

- 1) Pré-Análise: Escolha dos documentos a serem analisados com base nos objetivos da pesquisa, realizando uma leitura flutuante, a constituição do corpus e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Nesta fase é determinada a unidade de registro (palavras chaves ou frases), unidade de contexto (a delimitação do contexto da compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização (modalidade de codificação e os conceitos mais gerais);
- 2) Exploração do Material: São constituídas as categorias para alcançar o núcleo de compreensão textual, ou seja, a aplicação dos procedimentos (questionários, entrevistas entre outros);
- 3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretados: A partir dos resultados prévios é realizada a interpretação dos dados da pesquisa, relaciona-os com referências teóricas e produções científicas condizentes ao estudo.

Para Bardin (2004) a análise temática é transversal, isto é, passa pelas questões do questionário através de categorias projetadas sobre o conteúdo. Desta forma não se tem em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto de discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis.

A utilização desse método de análise para a autora serve como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendência entre outros. As respostas a questões abertas ou fechadas, individuais ou de grupo podem ser frequentemente analisadas tendo o tema por base.

Segundo Moraes (1999) essa metodologia de pesquisa faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais. Constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias.

Essa maneira de estruturação de análise dos dados, para Minayo et al (1994) é o foco principal para pesquisar o conjunto do material e

dos dados coletados. No qual permite a exploração sobre o tema que se pretende estudar, neste caso, as situações de conflitos nas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial CAPS I de um município do Vale do Itajaí/SC.

Nesta pesquisa as unidades temáticas que se destacaram dos questionários em consonância com os objetivos do estudo foram:

- a) Perfil dos profissionais do CAPS I
- b) Os Processos de Trabalho
- c) As relações de conflito na equipe
- d) Sugestões para melhorias no processo de trabalho

Os Capítulos a seguir farão a apresentação dos resultados e as análises de acordo com essas unidades temáticas.

### **3.5.1 Os profissionais do CAPS I**

*"A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas em que ele nos transforma."*

*John Ruskin*

#### **3.5.1.1 Caracterização da Equipe**

De acordo com os dados coletados, participaram da pesquisa nove profissionais entre técnicos da área da saúde mental, administrativo e serviços gerais deste CAPS I, totalizando 100% da equipe atuante no serviço. A equipe é composta por 9 profissionais, sendo em sua maioria mulheres e apenas 2 homens.

Em relação faixa etária dos pesquisados, nota-se que os profissionais possuem idades variadas, porém com prevalência maior entre 39 à 53 anos de idade, totalizando 5 profissionais e outros 4 possuem a idade de 22 à 30. É uma equipe que possui uma força de trabalho que une profissionais mais experientes com os mais jovens recém inseridos no mercado de trabalho.

### 3.5.1.2 Formação Profissional

A equipe é composta por 05 profissionais de nível superior (02 psicólogos, enfermeiro, farmacêutico e terapeuta ocupacional), 02 profissionais de nível médio (técnico de enfermagem e auxiliar administrativo) e 02 profissionais com ensino fundamental (auxiliares de serviços gerais). A coordenação desse serviço é realizada pela enfermeira que acumula 02 funções: na gestão e na assistência.

Constata-se que esse serviço possui na sua composição uma equipe menor do que a mínima preconizada na Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) que estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossociais.

De acordo com a referida portaria, para ser considerada um CAPS I, este serviço deveria compor de mais um profissional médico psiquiatra ou clínico geral que tenha formação na área da saúde mental e mais 02 profissionais de nível médio (técnico de enfermagem, artesão, entre outros).

Outro profissional ausente nesta instituição foi a assistente social, que teria sido remanejada para outro serviço recentemente, segundo a equipe por motivo de relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho.

Segundo Onocko-Campos (2001), alguns aspectos representam um impasse para a clínica da atenção psicossocial, que são os choques de interesses, as situações conflituosas, a sobrecarga de trabalho, bem como as dinâmicas de trabalho fragmentadas associada a tais situações.

Para os autores essas situações de recursos humanos incompletos e de estranhamentos interpessoais dentro das equipes dificultam a passagem do desempenho dos profissionais do individual para o desempenho coletivo. Associados aos ambientes conflitantes, esses aspectos trazem sérias consequências para os serviços, como nesse CAPS I, acarretou na falta de um profissional importante na área do serviço social.

Circunstância como estas, além de ocasionar contratações de profissionais temporários em alguns serviços, contribui para o aumento da sobrecarga de atribuições e o acúmulo do trabalho refletido na equipe, altos níveis de estresse e conseqüente o aparecimento das situações conflituosas nos relacionamentos profissionais.

Merhy e Onocko (1997) destacam que o modo como as equipes se estruturam e como são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” nos serviços de saúde, principalmente nos Centros de Atenção Psicossociais - CAPS.

Nessa primeira parte da pesquisa, foi levantado também os dados em relação as instituições formadoras e o ano de formação dos pesquisados. Estes demonstraram que dos cinco profissionais de nível superior que compõem essa equipe de CAPS I, 03 formaram-se na Fundação Universitária de Blumenau (FURB) nos cursos de Enfermagem em 2010 e Psicologia nos anos de 2007 e 2015.

Os demais profissionais graduaram-se nos cursos de Farmácia e Bioquímica em 1991 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e no curso de Terapia Ocupacional em 2011 na Faculdade Guilherme Guimbala (ACE) de Joinville/SC.

Essas três instituições formadoras citadas acima, tem um papel de grande importância e influência na nossa sociedade, pois elas expandem as oportunidades de conhecimento dos alunos, buscam inovações no universo acadêmico e os prepara para os diferentes níveis exigidos no mercado de trabalho.

Em relação aos profissionais da equipe de nível médio, apenas um pesquisado tem a formação profissionalizante em Técnico de Enfermagem no ano de 2009 no Instituto Federal de Pernambuco (IFPB). O outro profissional de nível médio é auxiliar administrativo formado no Colégio Estadual Ilse Karsten de Pomerode em 1994, com o ensino médio regular.

As duas servidoras públicas auxiliares de serviços gerais possuem o ensino fundamental, realizados na Unidade de Educação de Jovens e Adultos - UEJA de Pomerode e na Escola República Argentina- RS, ambas não informaram na pesquisa o ano de formação.

Outra questão pesquisada foi se os profissionais de nível superior tinham algum tipo de pós graduação e qual a área deste curso. Constatase que a maioria deles (04 profissionais) tinham especialização em áreas, como: Saúde da Família, Farmácia hospitalar, porém apenas uma profissional possui especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Sobre a formação dos profissionais, Schneider et al (2009) enfatizam que esta dimensão tem se mostrado como um fator limitante na produção do cuidado no campo da saúde mental, já que nem todos os profissionais que adentram esta área, se capacitam para tal.

As formações ainda estão fortemente influenciadas pelo paradigma médico-biológico em detrimento ao paradigma humanista, este foi um importante aspecto verificado em alguns profissionais desta equipe. Sabe-se da importância dessa formação dos profissionais em áreas generalistas ou demais áreas da saúde, no entanto ainda é muito

tímido o número de profissionais atuantes nos CAPS com a formação na atenção psicossocial.

Buscando a superação do modelo médico-psiquiátrico é que se tem exigido dos profissionais de saúde mental novas habilidades e competências para construir um modelo de atenção psicossocial.

Tais habilidades devem ser discutidas e construídas no cotidiano de suas formações, no entanto, estas tem sido lentamente incorporadas aos currículos dos novos profissionais em saúde, fazendo com que o profissional tome ciência desse déficit apenas no mercado de trabalho, impactando assim, a assistência ao usuário.

Sant'Anna e Hennington (2010) consideram que os processos de (trans)formação/capacitação dos profissionais, os conhecimentos e as práticas diárias são fundamentadas e adquiridas ao longo das suas experiências vividas. Percebe-se que essa experiência ocorre na assistência aos usuários em sofrimento psíquico e no convívio diário com a equipe multiprofissional.

O compartilhamento de saberes, incrementados com ações específicas de suas formações e associados às características pessoais, fazem com que a equipe se organize no que se refere a redes de relações sociais.

Com essa organização a maioria dos profissionais desse serviço, mesmo sem formação específica para a saúde mental, promovem um novo lugar de aprendizado, discussões e reflexões das suas práticas diárias. Conseguindo desta forma, desenvolver várias capacidades de adaptar-se as diferentes demandas de trabalho na atenção psicossocial.

Ao serem questionados se houve contribuição da sua formação para o seu trabalho nos CAPS I, apenas um pesquisado (E7) alegou que sua formação de nível médio não contribuiu em nada com o seu trabalho neste serviço.

Em contra partida, os demais entrevistados mencionaram que as suas formações educacionais, seja ela de graduação, pós graduação, nível técnico ou fundamental, contribuíram muito para o suas ações nesse CAPS I.

O modo como essa formação contribuiu com o trabalho da maioria dos profissionais nessa instituição, aparece nas respostas através da melhoria na qualificação profissional. Essa qualificação melhora o atendimento, a assistência e a escuta dos usuários em sofrimento psíquico.

Conhecer a dinâmica das Equipes de Saúde da Família e facilitar o trabalho em rede (E1).

Conhecimento para dispensação de medicação e orientação dos usuários (E2).

Melhorar os conhecimentos das situações e visão psicossocial dos usuários (E3).

Para escutar a demanda do usuário (empatia) (E4).

Analisando as respostas, percebe-se que alguns profissionais não conseguem adequar a sua prática dentro da dinâmica e processo de trabalho de um CAPS, visto que o mesmo, tem uma dinâmica única, necessitando de uma interdisciplinaridade que seja funcional, não apenas à equipe de trabalho, mas aos usuários que o atendem.

Outros profissionais também citados acima, formados em profissões necessárias e importantes para a manutenção dos serviços, pontuam sucintamente a contribuição que sua formação lhe trouxe. Esta dificuldade de pontuar o seu trabalho dentro de um serviço que não tem uma rotina pré definida, é um ponto de inquietação da equipe, que demonstra em suas respostas, uma dificuldade de sair de seus fazeres e adentrar em um novo fazer, ou seja, uma forma diferenciada do cuidado em saúde mental e de trabalhar em um Centro de Atenção Psicossocial.

### 3.5.1.3 Dados Institucionais

Ao serem perguntados sobre a carga horária semanal de trabalho neste serviço, todos os profissionais cumprem uma jornada semanal de 40 horas. Essa jornada de trabalho vem ao encontro com a estabelecida na Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) já citada na fundamentação teórica deste estudo, na qual os CAPS I devem possuir horários de atendimentos em período diurno integral.

Nessa instituição todos os profissionais são funcionários públicos (a maioria concursado e 01 contratado) que de acordo com suas especificações no quadro funcional da Prefeitura deste município possuem carga horária semanal de 40 horas.

Em relação ao tempo que trabalham na saúde mental, apenas uma profissional possui um tempo maior de experiência nessa área (6 anos). Essa profissional (E4) mesmo da implantação do CAPS I já fazia atendimentos de saúde mental nas unidades básicas de saúde do município.

O demais profissionais possuem o tempo de serviço na saúde mental igual ou inferior a 4 anos, que é justamente o período de funcionamento deste CAPS I.

Outro questionamento foi em relação ao tempo que os pesquisados trabalham neste serviço, três profissionais (E1, E2 e E8) estão desde o início da implantação do CAPS I há 4 anos. Os demais integrantes possuem menos de 3 anos e 7 meses neste serviço.

A mais nova profissional dessa equipe (E5) esta contratada há um mês e ainda está na fase de adaptação e reconhecimento da clinica psicossocial e de como funciona um CAPS. Nota-se que para equipe essa a experiência na saúde mental não reflete a qualidade dos atendimentos prestados e nem as relações interpessoais do grupo.

Na questão que abordou a forma com que os profissionais pesquisados vieram trabalhar neste CAPS I, destaca-se que 05 profissionais foram por vaga direcionada para a função a ser exercida, 03 profissionais por remanejamento de unidade sendo transferidos para o CAPS I. Apenas um profissional é contratado, os demais são todos efetivos do município.

A forma e as razões pelas quais os profissionais chegam ao CAPS para trabalhar contribuem muito para a construção e/ou desestruturação das equipes com efeitos significativos para os cuidados dos usuários e com os relacionamentos interpessoais.

Segundo Sant'Anna e Hennington (2010), o trabalho em saúde deve ser repensado, de forma a incorporar o conceito da vulnerabilidade no sentido de resgatar os outros saberes, além do científico, para a construção das práticas de saúde.

Nota-se nessa equipe que a maioria dos profissionais foram direcionados para vagas já estabelecidas, o que favorece muito os processos de trabalhos e a efetividade das ações que desempenham em suas funções cotidianas na atenção psicossocial.

Esse CAPS I vem se reestruturando após a saída conturbada de uma profissional do quadro de profissionais técnicos, com essa saída o serviço passou por uma nova reformulação e vem se fortalecendo principalmente após a contratação de uma nova profissional (E5).

Para Merhy e Onocko (1997) o modo como as equipes se estruturam e como são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” deste modelo técnico assistencial em saúde no Brasil.

A seguir apresentamos o resumo do perfil em dados da equipe do CAPS.

Tabela 01: Perfil da equipe

Código	Sexo	Idade	Ano Formação	Pós Graduação na Atenção Psicossocial	Tempo de Trabalho	Vínculo
E 01	Feminino	44	2010	Não	4 anos	Concursada
E02	Feminino	47	1991	Não	4 anos	Concursada
E 03	Feminino	27	2011	Sim	3 anos e 7 meses	Concursada
E 04	Feminino	30	2007	Não	6 anos	Concursada
E 05	Feminino	22	2015	Não	1 mês	Contratada
E 06	Masculino	23	2009	Não	1 ano e 6 meses	Concursado
E07	Masculino	39	1994	Não	1 ano	Concursado
E08	Feminino	53	*	Não	4 anos	Concursada
E 09	Feminino	46	*	Não	2 anos	Concursada

### 3.5.2 Os processos de trabalho e as relações de conflito

Merhy (2005) destaca que devemos começar a olhar sob uma nova forma de produzir saúde e o cuidado nas redes do serviço público. Tentando, desta forma, construir um agir cúmplice do trabalhador com a vida do indivíduo e do coletivo, estimulando um conjunto de reflexões teóricas que permite construir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo e centralizado.

Destacaremos na análise alguns dispositivos de organização do trabalho da equipe, tais como as reuniões, forma de avaliação e planejamento e as interações dos profissionais na organização do cuidado cotidiano. Inicialmente foi questionado sobre a existência de reuniões de equipe e sua frequência, todos os pesquisados sem exceção, responderam que semanalmente é realizado reunião de equipe com a equipe técnica da instituição

No que se refere a reunião de equipe, foram questionados como são feitas essas reuniões, a análise mostra que as respostas tiveram várias interpretações do grupo, dentre elas:

Discussões de casos, deliberações, todos tem o direito a palavra e a opinião. As discussões na grande maioria das vezes são deliberadas em equipe (consenso) (E1).

Todos os profissionais participam, discutem os acolhimentos realizados, definem o plano terapêutico (E2).

Na sala do auditório, onde discutimos casos, situações de trabalho entre todos da equipe técnica e apoio quando necessário. Todos tem a palavra, nos momentos tensos e também descontraídos. Para as definições a coordenadora precisa estar de acordo (E3).

Deliberação conjunta de todos os casos para formulação do plano terapêutico singular dos usuários. Discussão de assuntos de âmbito geral (E4).

Cada um atrás de seus casos, dividido em equipe o plano terapêutico, diálogo aberto e boa interação (E5).

São realizadas com a participação dos profissionais que são técnicos de referências dos usuários (E6).

As reuniões de equipe são espaços importantes de discussões e organização dos serviços, momentos únicos de socialização entre a equipe conforme Grandó e Dall'agnol (2010).

Observa-se que os profissionais técnicos desse CAPS I direcionam o espaço das reuniões para as discussões dos casos clínicos, construção do projeto terapêutico individual dos usuários, discussões sobre as situações e procedimentos diários do trabalho da equipe técnica. Também nesses momentos são deliberados alguns assuntos pertinentes ao processo de trabalho por consenso, mas desde que a coordenadora esteja de acordo segundo a fala de alguns profissionais.

Por outro lado os dados mostram que nem todos os profissionais dessa equipe participam desses momentos de articulação do serviço, pode-se comprovar esse fato com a fala do pesquisado E7, ao dizer que as reuniões acontecem somente com a participação dos profissionais técnicos de referência dos usuários.

A ausência da participação de outros profissionais nessas reuniões também aparecem nas respostas semelhantes das duas profissionais de nível fundamental da instituição (E8 e E9) ao dizerem: *“Nós não participamos das reuniões”*.

Este aspecto da pesquisa confirma a argumentação bibliográfica presente na referida pesquisa, trazendo a reflexão de que, se na equipe os profissionais de todas as áreas não se conversam para discutir as relações de trabalhos diários, existirá a possibilidade de encontrar relações de pouco vínculo ou com os vínculos desatualizados (FORTUNA et al, 2005).

Esses desencontros institucionais poderão acarretar em espaços de muita insatisfação e talvez desentendimentos frequentes que nem sempre são resolvidos e explicitados no cotidiano.

As reuniões só serão produtivas se contribuírem para mudar a forma de trabalhar dos profissionais, ao contrário, se não forem um espaço onde contemple todos os profissionais do serviço, essas reuniões poderão apenas reproduzir o modelo de atender mecanizado e tarefairo da saúde segundo Fortuna et al (2005).

Nota-se neste CAPS I que nas reuniões semanais não há a participação de todos os profissionais do serviço, de acordo com o referencial teórico deste estudo esses encontros semanais são momentos único de socialização dos conhecimentos, integração do grupo e fortalecimento dos vínculos institucionais. Sem o envolvimento de todos os sujeitos que fazem parte da equipe de saúde mental nesse processo de construção e discussão dos processos de trabalhos diários não haverá um

planejamento efetivo das ações e nem o desenvolvimento da democracia institucional.

Pois de acordo com Campos (2005) essa democracia institucional depende da capacidade social de se construírem espaços de poder compartilhado, ou seja, terem acesso a informações, tomarem parte em discussões, produzirem novos contratos na assistência e no relacionamento interpessoal e também como suporte nas tomadas de decisões.

Ainda contribuição espontânea de ideias e o compartilhamento de informações do cotidiano do serviço que surgem nessas reuniões são necessárias para resolver eventuais problemas administrativos ou técnicos da instituição, além de conceber um trabalho criativo, sem amarras e colaborativo.

Portanto, proporcionar a inclusão dos profissionais de outras áreas como o administrativo e as auxiliares de serviços gerais deste CAPS I, à participarem da responsabilidade do cuidado do usuário em sofrimento psíquico, em conjunto com a equipe técnica é uma das grandes mudanças que o novo cuidar em saúde mental propõe.

As reuniões de equipe podem ser importantes dispositivos para o redelineamento do trabalho, por meio de discussão de casos em uma perspectiva interdisciplinar, desenvolvimento de atividades em educação permanente e avaliação sistemática do cotidiano da equipe (GRANDO; DALL'AGNOL, 2010, p. 505).

Essa inclusão de todos os profissionais nas reuniões de equipe, independente da categoria profissional, se transformaria em um coletivo organizado. Que para Campos (2005) é fundamental para a produção de contratos em uma equipe, ou seja, é dessa organização que parte a formação de compromissos, arranjos e normas institucionais, e a validação de vínculos afetivos através dos membros deste coletivo.

E para entender a dinâmica dessas reuniões de equipe semanalmente, a pesquisadora questionou:

- **Avaliação do trabalho:** Todos os participantes da reunião responderam que há espaços para avaliação do trabalho nas reuniões de equipe.

- **Planejamento e organização do serviço:** Todos responderam que há a presença de planejamento e organização das questões de trabalho durante as reuniões de equipe.

- **Discussão e estudo de casos:** Todas as respostas dos participantes foram afirmativas neste item, confirmando que a equipe discute e estuda os casos dos usuários durante as reuniões de equipe.

- **Educação Permanente:** Todas as pessoas que participam da reunião afirmam praticar a educação permanente.

Analisando o conjunto de questões referente a dinâmica das reuniões de equipe, constata-se que praticamente todos os itens foram contemplados nas respostas dos profissionais.

É importante ressaltar que uma equipe integrada estabelece diferentes conexões entre os diversos processos de trabalho, ou seja, quanto maior o conhecimento do trabalho do outro, maior será a valorização da equipe na produção do cuidado. Fato este, que só se concretizará com a presença de espaços de socialização entre todos os integrantes desse grupo.

Merhy (2005) destaca que devemos começar a olhar sob uma nova forma de produzir saúde e o cuidado nas redes do serviço público. Tentando, desta forma, construir um agir cúmplice do trabalhador com a vida do indivíduo e do coletivo, estimulando um conjunto de reflexões teóricas que permite construir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo e centralizado.

### 3.5.2.1 Supervisão Clínico Institucional

Ao serem questionados se o serviço já teve ou tem a supervisão clínico institucional para CAPS I, todos os profissionais responderam que esta instituição não teve nenhum tipo de supervisão clínico institucional.

Durante a coleta de dados, houve questionamentos de alguns profissionais técnicos de saúde mental sobre o que seria essa supervisão clínica institucional, para que serve e como esse CAPS I poderia ser contemplado para tal supervisão. Os pesquisados então foram orientados sobre a Portaria nº 1.174 de 07 de julho de 2005 (BRASIL, 2005), a importância da supervisão, para que serve e como procede-se a captação do incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

Para Figueiredo (2008), a supervisão clínica institucional atua de forma a sustentar a proposta de uma gestão compartilhada da clínica, que

auxilie os profissionais a enfrentarem os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo.

O autor destaca que a supervisão clínico institucional define o espaço de cada trabalhador na equipe, mantendo a especificidade de seu ofício. Desta forma, a supervisão quebra a rigidez das especialidades, promove a pactuação das responsabilidades pelo fazer clínico mais do que pelos saberes em jogo.

E ainda possibilita a construção coletiva dos casos que podem ser resultado deste dispositivo, permite avançar no trabalho em equipe e ainda ajuda a reduzir os conflitos que podem comprometer o funcionamento dos processos de trabalho dentro da equipe.

### 3.5.2.2 Integralidade

Em relação as informações e os conhecimentos dentro da equipe, foi perguntado se todos os profissionais compartilhavam essas informações e os conhecimentos no serviço, as respostas foram positivas sobre as trocas dessas informações, de acordo com os relatos que se seguem:

Quando necessário reunião extraordinária ou conversas entre colegas durante horário de trabalho e no almoço (E3).

Sempre quando necessário para a deliberação de casos de usuários ou preferencialmente para as reuniões de equipe (E4).

Através da escuta do paciente, levantamento da demanda dos mesmos. E a troca de informações e deliberações em reunião de equipe (E6).

Sim, porém em discussões pontuais entre os profissionais, não utilizando metodologia pré-determinada (E7).

Nesta questão as profissionais técnicas E1 e E2 que as trocas de informações na unidade se dão através do sistema de skype<sup>1</sup> e também por registro em prontuários eletrônicos na unidade.

As profissionais E8 e E9 não responderam a questão que se tratava do compartilhamento das informações e os conhecimentos no serviço, provavelmente por não serem incluídas em alguns processos de trabalhos, como reuniões de equipe e estudos de casos.

Como destaca Saraceno, Asioli e Tognoni (1994), o ambiente de trabalho a comunicação deve ser mais clara e objetiva possível, que as informações devem ser compartilhadas por todos os membros das equipes.

O autor enfatiza que as informações e os conhecimentos devem circular por todos os profissionais através de espaços de construção de saberes, autocrítica, facilitando as tomadas de decisões e permitindo a avaliação periódica do desempenho das ações da equipe. Para que desta forma, possa ser caracterizada como uma equipe integrada de acordo com as diretrizes da nova clínica psicossocial.

Percebe-se que na equipe estudada as informações não circulam por todos os setores, havendo claramente uma divisão e direcionamento das informações para cada setor. A fragmentação da comunicação segundo Fortuna et al (2005) pode produzir uma falta de informação nos diversos setores. Essa fragmentação pode gerar, mal-entendidos e situações paralisantes nos profissionais, deixando as trocas de informações comprometidas

Saraceno (1994) reforça que os ruídos de comunicação podem gerar situações conflituosas, bem como gerar sentimentos de frustração entre os membros das equipes que para o autor fazem toda a diferença nos processos de trabalho.

Ao serem questionados se os papéis em relação ao cuidado dos usuários dentro da equipe são claramente definidos, a maioria dos pesquisados dizem que sim. Que todos sabem os seus papéis de atuação e suas funções neste CAPS I. A profissional E2 foi a única que respondeu que "não", para ela esses papéis não estão claramente definidos neste serviço.

Na nova clínica psicossocial o cuidado é no trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde, no qual devem colocar as necessidades do usuário no foco da assistência, rompendo com a excessiva fragmentação da assistência segundo Merhy (2005).

---

<sup>1</sup> Software que permite que você converse por vídeo, faça chamadas de voz, envie mensagens de chat e compartilhe arquivos com outras pessoas

A afirmação da maioria dos profissionais deste CAPS I em relação a definição dos papéis na equipe, pode fragmentar o fazer e os saberes do grupo, individualizando o cuidado e promovendo um certo distanciamento entre os profissionais da equipe. Esse processo por sua vez acarreta no empoderamento das categorias profissionais e na individualização da produção de trabalho (MERHY, 2005).

Esse movimento faz com que as equipes não se reconheçam como um todo, como um núcleo de cuidado, dificultando desta forma, o gerenciamento das ações e o senso coletivo.

É essencial que todos saibam os seus papéis em relação ao cuidado dos usuários, porém conhecer o fazer do outro traz uma hegemonia institucional para o grupo, facilitando as ações do cotidiano.

Analisando os dados de como se dão as relações entre as diferentes categoria profissional, obteve-se varias respostas em relação ao respeito e o bom relacionamento da equipe deste CAPS I.

Horizontalizado, ambos tem sua responsabilidades e sua visão profissional aberta para atuação interdisciplinar (E3).

Priorizamos o trabalho multiprofissional, com troca de ideias entre todos os profissionais (E4).

Muito boa, todos se respeitam, escutam a opinião do próximo, bom relacionamento (E5).

Não existem desrespeito ou outra forma de comparatismo em relação as categorias. Existe respeito a categoria de cada profissional (E6).

Cada um respeita o seu espaço sem conflitos (E8).

Portanto, ter uma equipe integrada e implicada com as ações da instituição, que mesmo com as diversidades culturais, de faixa etária e de formação consiga ter habilidade de organizar e refletir sobre os processos de trabalho faz diferença na condução da assistência ao usuário e nas relações interpessoais no ambiente de trabalho.

Essa integração da equipe proporciona um equilíbrio e uma sensatez nas situações críticas do cotidiano que envolvem os profissionais. Porém o conviver em equipe é sempre um duelo entre esse equilíbrio e as situações conflituosas, essa dualidade fica bem clara nas

falas das profissionais E1 e E2. Ambas nas suas respostas mencionam a presença dos conflitos em relação as diferentes categorias profissionais.

Já houve conflitos com a categoria do serviço social. Com os demais são harmônicos, conseguimos desenvolver a interdisciplinaridade (E1).

Muitos conflitos. Falta saber o que cada categoria pode fazer no seu ambiente de trabalho (E2).

Em uma equipe multiprofissional a necessidade de negociações permanentes e as disputas por espaços e métodos terapêuticos, podem tornar os conflitos rotineiros no modo cotidiano de se produzir saúde conforme os autores estudados neste trabalho.

Os dados nos mostram que a equipe está buscando restaurar as relações pessoais no cotidiano dos processos de trabalho, procurando respeitar as categorias profissionais e os espaços de atuação de cada um. Porém percebe-se que o histórico de situações conflituosas marcaram a dinâmica de trabalho da equipe, expondo a vulnerabilidade interdisciplinar do grupo.

Sabe-se que os papéis de liderança dentro de uma equipe podem influenciar na organização dos serviços e nos relacionamentos interpessoais. Desta forma os pesquisados foram questionados se existe uma liderança na equipe e como ela é percebida pelo grupo.

A maioria da equipe reconhece a liderança institucional da coordenadora que também é a enfermeira do CAPSI. Trazem nas respostas um perfil de liderança da coordenadora mais centralizador, mas que apesar dessa característica está aberta para questionamentos e novas ideias.

Sim, a equipe percebe como uma boa liderança, pois é aberta para o discurso e ideias novas (E5).

Sim a coordenadora. Sempre aberta aos questionamentos da equipe, mantendo o controle da instituição e prestando as devidas orientações (E6).

Sim, Há a liderança hierárquica e institucional da coordenadora (E7).

Porém a profissional E1 que atualmente exerce o cargo de coordenadora da instituição tem outra percepção sobre a situação da liderança neste CAPS I:

Sim existe. Inclusive mais de uma, porém somente um dos casos (liderança) por vezes causa instabilidade e estresse na equipe, devido o comportamento ansioso e desafiador.

Já a profissional E3 legitima a liderança institucional da coordenadora do serviço, mas se reconhece como uma líder também. A profissional considera esta liderança no que se refere às atividades que exerce com os usuários no domínio de sua formação profissional.

Ainda menciona uma terceira liderança na equipe, referenciando a dinâmica de trabalho de outra profissional E4 como avaliadora dos direitos e deveres da instituição e dos usuários.

Sim a coordenadora lidera. Mas eu me sinto como uma líder nas atividades que exerço. E a psicóloga como avaliadora de possibilidades (direitos e deveres).

Segundo Spagnol (2013) esses fenômenos surgem em decorrência do fato de que as instituições se constituem por indivíduos que demarcam posições, disputam projetos, tem olhares e ações interesseiras, sendo suas relações atravessadas durante esse processo por diversas situações do cotidiano.

Essas situações representam um impasse para essa nova clínica da atenção psicossocial segundo Campos (2005). Esses impasses atrapalham os relacionamentos interpessoais por dificultar muitas vezes a passagem do desempenho dos profissionais do campo individual para o desempenho coletivo. Ao serem questionados sobre a existência da autonomia nas tomadas de decisões individuais, seis profissionais disseram que "SIM", porém a profissional E3 fez uma ressalva na sua resposta dizendo "*Sim, às vezes depende do caso*".

Para as profissionais E2, E8 e E9 não existe autonomia nessa instituição para as tomadas de decisões individuais.

O trabalho em um CAPS I se estrutura a partir de um conjunto de profissionais de diversas áreas, com múltiplos saberes e fazeres específicos. Essa forma de trabalhar faz com que os profissionais envolvidos nesse arranjo institucional muitas vezes tenham que encarar as tomadas de decisões de uma forma objetiva e imediatista.

Esse movimento faz com que as equipes não se reconheçam como um todo como um núcleo de cuidado, dificultando desta forma, o gerenciamento das ações e o senso coletivo como por exemplo esse CAPS I pesquisado.

Campos (2005) destaca a importância de ter uma equipe integrada para que as tomadas de decisões ocorram mais facilmente. Essas tomadas de decisões fazem parte de uma democracia institucional que favorece o enriquecimento da prática do cuidado, favorece a inovação da assistência e possibilita o intercâmbio de experiências.

Por outro lado o autor salienta, que se a equipe não trabalhar sobre a ótica da democracia institucional, a circulação das informações entre os profissionais de todas as áreas não ocorrerá. Podendo refletir desta forma, nas tomadas de decisões que pode ser um ponto conflitante na equipe.

Os dados coletados deste serviço mostram que a democracia institucional está camuflada nas ações do cotidiano desse CAPS I, pois as tomadas de decisões nessa equipe dependem de uma série de fatores administrativos e técnicos, devendo elas estarem sempre sob a supervisão ou aval da coordenadora do serviço.

### 3.5.2.3 As relações de conflito em uma equipe de CAPS I

A maioria dos profissionais responderam que há situações conflituosas no cotidiano da equipe. Identificaram as divergências de opiniões, atitudes e condutas profissionais em relação ao atendimento e ao cuidado com os usuários como um dos grandes fatores de conflitos nesta instituição.

A dificuldade do trabalho em equipe no cotidiano dos profissionais também apareceu como causador das situações conflituosas nesse CAPS I, conforme as descrições dos profissionais abaixo:

Existe conflitos sim. Divergências de opiniões em relação a conduta com os usuários, incompatibilidade de ideias, personalidade e posturas inadequadas (E1).

Divergências de opiniões, atitudes e posições (E2).

Sim ocorreu conflitos com uma profissional. Ela questionou o meu trabalho com mentiras para a Secretária de Saúde, devido ela apresentar dificuldade de trabalhar nesse serviço (E3).

Já presenciamos conflitos, devido a questão de adaptação de profissionais na equipe. O qual por não querer ou não gostar da área colocava obstáculos no serviço (E6).

São pontuais e ocorrem devido ao entendimento pessoal de cada profissional, conforme sua formação profissional (E7).

Entretanto, as profissionais E8 e E9 alegam que desconhecem situações conflituosas na equipe, a fala dessas profissionais refletem a falta de integração e de envolvimento com os processos de trabalho da instituição, explicado pelo fato de não se sentirem membros da equipe.

Porém a equipe técnica pesquisa sinalizou a ocorrência de conflitos interpessoais no cotidiano de trabalho, que posteriormente tornaram-se inter grupais no decorrer do processo. Tais situações é elucidada por Spagnol (2013) ao afirmar que os conflitos se dão pelo fato de que as instituições se constituem por indivíduos que demarcam uma posição, disputam projetos e espaços de poder.

Além de que muitos profissionais tem olhares e ações direcionados para as suas próprias práticas, construindo dessa forma relações atravessadas que dificultam os processos de trabalho e o senso de equipe segundo a autora. Entretanto sabe-se que em qualquer processo de trabalho que exista interação entre indivíduos haverá uma grande possibilidade de surgir situações conflituosas.

Para a equipe os fatores envolvidos nesses conflitos estão relacionados aos problemas de relacionamento interpessoal segundo os profissionais técnicos (E1, E2, E3 e E4), apontam que a falta de ética profissional, o desrespeito com o colega de trabalho, limitações pessoais e profissionais e a dificuldade de trabalhar em equipe como um grande complicador do processo de trabalho.

Falta de maturidade pessoal, ansiedade e intolerância com o colega (E1).

Falta de compreensão, paciência e parceria (E2).

Incapacidade de trabalhar na saúde mental, problemas pessoais, perdão e rebaixamento da auto estima (E3).

Falta de ética profissional e falta de respeito com o colega (E4).

O profissional E6 sinaliza que as principais causas dos conflitos nesse serviço são causados pela demanda dos próprios profissionais. Ou seja, a presença dessas situações conflituosas são causadas mais por dificuldade de relacionamento do que por problemas técnico ou específicos dos usuários.

Essas situações desgastam as relações interpessoais, fragmentam a assistência aos usuários e emperram os processos de trabalhos consumindo uma energia desnecessária no ambiente dos serviços.

Já para o profissional E7, os fatores envolvidos nos conflitos dessa equipe estão relacionados à "*condutas nos casos que ocorrem atendimentos multiprofissionais*". Para ele as divergências de ideias no decorrer do processo da assistência ao usuário é um dos grande complicadores no trabalho em equipe.

Para Marquis e Huston (2010) dependendo da conduta profissional e do caso em questão, pode-se gerar discordâncias internas resultante de diferentes ideias, procedimentos, métodos terapêuticos, valores ou sentimentos dos envolvidos na situação.

Essa equipe traz um histórico de conflitos interpessoais e intergrupais que modularam as relações de trabalho desse grupo, esses conflitos segundo Marquis e Huston (2010) são causados por dois ou mais profissionais com valores, metas e crenças diferentes, que em um determinado momento não conseguem sustentar os choques de interesses e as diferentes formas de prestar a assistência aos usuários.

Ainda sobre essa questão a profissional E5 não se posicionou e outras duas profissionais (E8 e E9) responderam que não sabem os fatores que desencadeiam os conflitos na equipe.

O modo como são resolvidos essas situações conflituosas pela equipe também foi questionado. A maioria dos profissionais relatou que o diálogo com a pessoa diretamente envolvida no conflito foi a primeira tentativa de resolver a situação.

Outra opção manifestada pelos profissionais foi de levar a situação conflituosa como pauta para a reunião de equipe e por fim, já que não houve resultados positivos, encaminhar o caso para os superiores (Secretaria de Saúde).

Através do diálogo, discussão do necessário, porém procuramos manter o respeito (E1).

A princípio tentamos resolver a situação diretamente com a pessoa envolvida. Caso não seja efetivo, levamos a situação a coordenação e juntos pensamos em alguma solução (E4).

Em deliberação em determinados momentos na reunião de equipe. Caso não obtenhamos êxito recorreremos aos nossos superiores (E6).

A equipe define qual a melhor conduta que é acatada por todos (E7).

Essas situações conflituosas nas equipes se não forem resolvidas podem romper com os relacionamentos no trabalho, resultando na diminuição da interação pessoal entre os membros da equipe, dificultando desta forma, os processos de trabalho nos cotidianos da assistência psicossocial dos CAPS I.

Na resposta de uma profissional (técnica) aparece claramente uma situação de conflito que houve na equipe, no qual ocasionou o afastamento/remanejamento de uma outra profissional do serviço por problemas de relacionamento interpessoal.

Neste caso a pessoa pediu remanejamento de função e no momento está afastada. Mas antes foi tentado conversar para compreender as situações do conflito (E3).

Novamente três profissionais (E5, E8 e E9) não se manifestaram sobre as formas de resolução e conflitos na equipe.

Marquis e Huston (2010) trazem que a principal ação para a resolução dos conflitos é a construção de uma boa negociação entre todos envolvidos. Essas negociações podem ser através de estratégias de

mediação, de enfrentamentos, de pactuação e de administração desses conflitos dependendo da situação.

A forma como vai ser resolvido a situação conflituosa dependerá de uma série de fatores, dentre eles a gravidade, a cronicidade, o tipo de conflito e as pessoas envolvidas.

A estratégia dessa equipe estudada é de resolver primeiramente as situações conflituosas entre os profissionais envolvidos. Sem sucesso na resolução do conflito existente é levado o caso para as reuniões de equipe para que o grupo auxilie no enfrentamento da situação conflituosa.

E ainda se o caso não for resolvido a situação é levada a outras instâncias hierárquicas do serviço como por exemplo a gestora municipal de saúde. Ao chegar nesse ponto da situação conflituosa o desgaste emocional da equipe está tão latente que não há mais espaço para novas intervenções de negociação.

Nesse estágio da situação conflituosa em que a equipe se encontra, o posicionamento da gestão municipal é através de uma tomada de decisão mais drástica e objetiva como a aplicação de advertências e/ou remanejamento de profissionais, como no caso ocorrido neste serviço.

Nota-se que nessa equipe falta de margem para tratar os conflitos no âmbito da equipe é muito delicado. Mesmo com os esforços mencionados pelos profissionais em resolver a situação conflituosa, o grupo não conseguiu resolver internamente as questões que permeavam os conflitos interpessoais, necessitando desta forma a intervenção da gestão municipal para a resolução do problema.

O impacto dessa situação conflituosa ocasionou no remanejamento de um profissional de extrema importância para o desenvolvimento das ações de saúde mental desse CAPS.

A equipe dessa instituição está no estágio do Pós – Conflito segundo os autores Marquis e Huston (2010), boa parte dos envolvidos nas situações conflituosas sentiram-se confortáveis com o desfecho que se deu no caso, achando justo como foi administrado, conduzido e resolvido o impasse da equipe. Para os profissionais técnicos envolvidos no conflito o remanejamento desse profissional foi suficiente para finalizar com os conflitos na equipe.

Para os profissionais técnicos (E1, E2, E3, E4, E5 e E6) as situações conflituosas interferem na assistência aos usuários conforme as respostas do questionário de pesquisa. Entretanto para os demais profissionais (E7, E8 e E9) por não estarem diretamente ligados na

assistência, os conflitos não influenciam em nada no tratamento dos usuários do serviço.

Ao serem questionados de que forma esses conflitos interferem na assistência do usuário, a maioria dos profissionais reconhecem que os usuários sentem o clima desarmonioso da equipe.

Para Tavares (2005) o trabalho em equipe na atenção psicossocial permite ao usuário receber assistência de qualidade, pois o objeto de cuidado não se limita à doença mental, mas envolve relações sociais, aspectos emocionais, afetivos e biológicos.

Portanto, os processos conflituosos que a equipe passa ou passou, interfere diretamente na credibilidade dos profissionais perante aos usuários, comprometendo a agilidade da assistência, a promoção do cuidado e favorecendo o desencontro de informações sobre a atenção psicossocial.

Se a equipe não está em sintonia, em acordo de ideias, reflete diretamente na atenção ao usuário (E1).

Eles sentem, eles questionam, eles observam e perdem a credibilidade no profissional (E3).

O usuário recebe orientações desencontradas e duplicadas por partes dos profissionais (E4).

Toda a forma que gera um conflito entre os profissionais, reflete toda a equipe e usuários (E6).

Porém o profissional E7, considera que os conflitos na equipe só interferirão na assistência dos usuários *nos casos em que o profissional não acredita e compromete o resultado da conduta adotada*. Ou seja, a partir do momento em que o profissional deixa transparecer a situação conflituosa para o usuário através de condutas e posturas.

Segundo os autores Corradi, Zgoda e Paul (2008), independente de qual situação conflituosa que a equipe esteja passando, as suas consequências podem sim tornar-se positiva ou negativa em relação assistência aos usuários e ao cotidiano dos processos de trabalho dos serviços.

Para os autores os fatores que desencadeiam os conflitos e a forma como vão se desenvolvendo, podem ser estimulados ou inibidos,

tudo dependerá das circunstâncias e dos tensionamentos em que a equipe estará envolvida.

Assim, o reflexo na assistência ao usuário poderá estar comprometida se a equipe não souber usar essas situações conflituosas como uma forma de estimular os interesses e melhorar o desempenho do grupo.

Esses impasses devem ser amenizados através de soluções criativas, inovadoras e que busquem direcionar ações positivas no cuidado e na assistência ao usuário de saúde mental.

Para Campos (2001) não é possível discutir casos clínicos sem colocar em análise o funcionamento da equipe. Essas circunstâncias que envolvem os conflitos promovem o engessamento da clínica dos serviços e das relações inter pessoais, fragilizando a assistência aos usuários do serviço.

### **3.5.3 O processo de trabalho e os conflitos em um CAPS I: Sugestões da equipe**

Como os profissionais gostariam que fosse o trabalho na sua equipe foi uma das últimas perguntas desta pesquisa. Nessa questão alguns profissionais trouxeram principalmente o respeito, a necessidade de uma boa convivência em grupo e as tomadas de decisões como fator principal para se trabalhar em equipe.

Baseado no respeito, profissionalismo, união e compromisso (E1).

Mais liberdade para tomada de decisões (E2).

Como hoje. Todos capacitados e responsáveis pelo cuidado do usuário, eles em 1º lugar. Atuação com respeito (E3).

Acredito que o respeito deva prevalecer. Respeito em relações as diversas opiniões de todos os profissionais e após decisão conjunta sobre todas as situações (E5).

Outros profissionais explanaram o momento de harmonia que a equipe encontra-se atualmente, transparecendo que é dessa forma que gostariam que o trabalho em equipe fosse realizado neste serviço.

A equipe está bem entrosada no momento, tem uma boa convivência (E4).

Está bom, a equipe se respeita (E9).

Nessa questão houve também profissionais que trouxeram um olhar direcionado aos processos de trabalho na instituição. São os casos dos pesquisados E6 no qual respondeu que gostaria que o trabalho fosse realizado de forma "*Singular*" e o profissional E7 que sugeriu que houvesse:

Uma metodologia dinâmica de trabalho, para que os casos não fossem resolvidos por entendimento pré determinado e burocrático.

Portanto, renovar as atividades diárias por meio de novas propostas e estratégias em saúde mental que direcionam a equipe para um cotidiano de práticas e ações mais dinâmico e menos centralizado é o caminho.

Oportunizar ações que favoreçam a diminuição dos conflitos existentes, proporcionando o desenvolvimento de estratégias que visem promover as competências das equipes, é uma opção para levar aos serviços uma gestão resolutiva das situações diárias do trabalho em saúde mental.

Aquino e Barreto (2015) reforçam que a construção de um ambiente democrático, dinâmico e que favoreçam a implicação dos profissionais nos processos de cuidado na saúde mental é fundamental para o bom funcionamento das equipes.

Para as autoras, proporcionar espaços que possibilitam o fortalecimento de práticas fundamentadas na cooperação entre os profissionais e seus saberes é fundamental para o cotidiano dos processos de trabalhos nos CAPS I.

Diante de todos os questionamentos respondidos, alguns profissionais deste CAPS I trouxeram propostas para melhorar o relacionamento de trabalho, dentre elas:

Ter mais sinceridade, honestidade e ética (E1).

Não se interferir no trabalho do colega, procurar colaborar sempre que solicitado (E2).

Mais atividades de lazer, capacitações para a equipe técnica e de apoio sobre o cuidado biopsicossocial (E3).

Projetos que visem a saúde do trabalhador poderiam contribuir para a diminuição do estresse no ambiente de trabalho (E4).

O comprometimento de cada profissional. Mesmo que não seja próprio do profissional, mas que vá da ética e do bom senso de forma que vise no entanto o usuário e não o pessoal (E6).

Humanizar a compreensão do trato com o usuário (E7).

As profissionais E8 e E9 responderam que está bom dessa forma que a equipe se encontra, não vem necessidades de mudanças.

Por não se sentirem incluídos nos processos de trabalho da instituição, alguns profissionais que não são da área técnica sentem-se incapazes de contribuir e opinar com sugestões que possam vir a melhorar as ações e a dinâmica no ambiente de trabalho.

Para que tais situações conflituosas sejam atenuadas, é necessário que as equipes estejam em constante processo de construção de pontes que permitem o tráfego de informações entre todos os profissionais da equipe.

Segundo Palombini (2003), proporcionar a inclusão dos profissionais de outras áreas (administrativo, auxiliares de serviços gerais, motoristas) para participarem da responsabilidade do cuidado do usuário em conjunto com a equipe técnica, exige mais do que um redirecionamento das práticas, exige comprometimento e responsabilidade para a construção de um cuidado que é coletivo.

Pensar nessa nova clínica que vem se formando nos Centros de Atenção Psicossocial é um desafio. De acordo com Grigolo (2010), a clínica da atenção psicossocial está em plena e constante construção, é multidimensional, marcadas pelos seus contextos e protagonizada por seus agentes.

Para Grigolo (2010), na dimensão das relações de trabalho, os fatores que interferem diretamente na prática clínica dos CAPS estão relacionados a insatisfação dos profissionais, as divisões sociais e aos níveis de formação, bem como os problemas contratuais e administrativos que muitas vezes provocam a baixa auto estima e a desmotivação dos profissionais dentro de uma equipe. Essas dificuldades por sua vez, limitam a capacidade de continência e resolutividade da nova clínica psicossocial.

### 3.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou algumas limitações no decorrer da pesquisa, que dificultaram o processo de análise e descrição dos dados, como:

- Apenas uma equipe de um CAPS I pesquisada;
- A equipe vinha de um pós conflito recente;
- Uso do questionário como a forma de coleta dos dados;

A proposta de pesquisar uma equipe de um CAPS I restringiu a população de estudo por não contemplar todos os profissionais que a Portaria nº 3.088/GM preconiza e apresentar uma situação de um caso analisado, não sendo possível qualquer generalização.

A equipe vinha de um processo de pós conflito, com remanejamento de profissionais, assim, no momento da coleta dos dados, a equipe estava em processo de estruturação e de harmonia institucional.

Outra questão foi a escolha do uso do questionário que acabou sendo um limitador da pesquisa, pois muitas falas poderiam ter sido melhor exploradas e explanadas individualmente com outro método de pesquisa. Desta forma o instrumento de pesquisa minimizou a possibilidade de identificar com mais amplitude as situações de conflitos vividos por essa equipe de CAPS I, mas foi escolhido devido a possibilidade de viabilização da pesquisa tanto para a equipe quanto para a pesquisadora.

Além disso a escolha por esse instrumento (questionário) teve a intenção de deixar o pesquisado livre e confortável nas suas respostas. Por ser um tema polêmico o uso do questionário favoreceria as respostas, sem constranger e garantiriam o sigilo para o profissional.

Porém mostrou-se limitado na análise dos dados por não permitir o aprofundamento da temática proposta.



## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*"Devemos promover a coragem onde há medo, promover o acordo onde há conflitos e inspirar esperança onde há desespero".*

*Nelson Mandela*

Entender as situações de conflitos que ocorrem na produção do cuidado de uma equipe que presta assistência na atenção psicossocial foi um dos grandes desafios deste estudo. As relações interpessoais e os arranjos que se formam ao longo da convivência diária nos serviços são fatores de inquietação principalmente nessa nova clínica psicossocial.

Esta dissertação objetivou analisar os conflitos existentes e seus disparadores na produção do cuidado em uma equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), localizado em um município do Médio Vale do Itajaí em Santa Catarina.

O objetivo desse estudo foi alcançado ao ser possível descrever e discutir as situações conflituosas que surgem no cotidiano dessa equipe. Percebeu-se que os conflitos estão relacionados as divergências nos processos de trabalho e nas questões que envolvem os relacionamentos interpessoais entre os profissionais.

Esta pesquisa evidenciou a existência de conflitos, mesmo que, muitas vezes, não explícitos na equipe de um CAPS I, caracterizou-se por vivenciar mudanças na sua composição. No qual os sujeitos envolvidos foram expostos pela (re)configuração da equipe após situações conflituosas e por diversos fatores que produziram tais conflitos.

Apesar da equipe conhecer as concepções sobre a política de saúde mental e sobre o campo da atenção psicossocial, nota-se que a formação dos profissionais, remete em suas práticas, para o trabalho individual, centrado no núcleo dos conhecimentos técnicos adquiridos. Desta forma, o trabalho individual é privilegiado em relação ao coletivo, mesmo atuando juntos há alguns anos, em alguns casos, a fragmentação do cuidado dificulta o processo de trabalho em grupo e a concretização da clínica ampliada.

Portanto em se falando em saúde mental essa individualização do cuidado é um dos pontos críticos que desafiam a nova clínica psicossocial, pois a proposta desse novo fazer em saúde mental é possibilitar cada vez mais, o compartilhamento de diversos saberes e

práticas na atenção individual e coletiva do sujeito e na socialização do cuidado.

Para que atenção psicossocial seja realmente efetivada em todas as suas nuances, é primordial o envolvimento de todos os profissionais da equipe nas discussões referente aos processos de trabalhos, ou seja, se faz necessário a implicação de todos os profissionais inseridos nas ações diárias do serviço.

A inserção de todos os profissionais nas discussões sobre os usuários, no planejamento das ações de cuidado e na organização do serviço é de suma importância para o entrosamento e vinculação do grupo. Assim como proporcionar momentos de socialização e discussão é uma forma de administrar as situações conflituosas e de produção de saberes na equipe.

Os momentos de troca e de partilha de informações e saberes tornam-se ambientes de reflexão sobre os enfrentamentos e suas repercussões para o cuidado na atenção psicossocial.

No entanto, este momento de partilha deve ser de efetiva contribuição por parte dos profissionais, onde as ideias e condutas sejam validadas por todos os membros da equipe, descentralizando o poder com o intuito de fazer as informações e responsabilidades transitarem no grupo.

Além disso, a composição da equipe atual como mínima em relação à preconizada pela portaria nº 336 (BRASIL, 2002) contribuí para o desgaste das relações interpessoais da equipe, através da sobre carga de atribuições em relação ao cuidado do usuário e suas implicações na nova clínica psicossocial.

Se essas questões administrativas não forem bem administradas pelo coordenador e pela equipe, é fato que se abrirá conflitos nos processos de trabalho do serviço o que contribuirá para o desgaste das relações interpessoais e de cuidado.

Administrar esses arranjos institucionais e interpessoais que vão se formando em meio à equipe, em prol de um serviço complexo que demanda uma forma coesa de trabalho, vem sendo alvo de constante reflexão e aprendizado nas equipes.

Para trabalhar nos Centros de Atenção Psicossocial os profissionais devem estar preparados para atuar em ações interdisciplinares, pois a clínica ampliada exige ações integradas com o usuário, familiares e equipes envolvidas no desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares. Já que ainda hoje, os profissionais estão sendo formados com olhares reducionistas e distantes das transformações emergentes na saúde mental.

Essas transformações da prática devem ser revistas a todo momento antes que se tornarem estratégias terapêuticas, para que esses profissionais possam se implicar com esse novo olhar para a atenção psicossocial. E com isso despertarem para a lógica do "fazer implicado" que os CAPS almejam, proporcionando desta forma, uma mudança na formação profissional contínua e permanente que deve ser construída na prática e no cotidiano dos serviços.

Consideramos fundamental para as equipes dos CAPS a instauração de ambientes democráticos com estruturas e mecanismos institucionais que possibilitem o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços de fala e troca de perspectivas frente ao processo de trabalho. A supervisão clínico-institucional, como uma forma de aprender a lidar com as situações conflituosas que vão se formando ao longo dos processos de trabalhos, também é um dispositivo essencial aos serviços.

Mas atualmente para alguns CAPS a supervisão clínico institucional é um recurso desconhecido e de difícil acesso, como vimos nessa pesquisa. As equipes sofrem o reflexo das mudanças que a área da saúde mental vem passando, e vão se adaptando e aprendendo a fazer um cuidado na área da saúde mental através das práticas diárias.

Contudo e apesar das dificuldades que os CAPS possuem, encontramos profissionais engajados que se mostram abertos e dedicados para aprender e construir novas formas de cuidar nessa nova clínica psicossocial.

Portanto oportunizar espaços de construção para a problematização, comunicação e discussão dos processos de trabalho em saúde mental é fundamental para a harmonia das equipes dos CAPS I. Conhecer as aflições, as inquietações, observar e refletir os comportamentos da equipe é primordial para o bom funcionamento do serviço.

Este papel de observação e avaliação permanente deve ser implantado e construído com todos os membros da equipe, não ficando a cargo somente do coordenador, já que este, por seu patamar hierárquico, pode não se dar conta da dinâmica que vem se instalando aos poucos nas relações interpessoais.

Desta forma os processos de trabalho das equipes devem favorecer a todos os profissionais o acesso à comunicação clara, objetiva, sem julgamentos e respeitando a especificidade de cada trabalhador. Os fluxos de comunicação devem ser conduzidos a toda equipe de trabalho independente da formação ou das funções exercidas.

O rompimento dos elos da equipe por situações de conflitos que envolvem uma comunicação deficiente, autoritária e voltada para o reforço do saber individual, em detrimento do compartilhamento de saberes, exige uma mudança imediata de posturas e condutas nas equipes.

O processo de reflexão sobre as relações interpessoais gera ansiedade e angústia nos profissionais envolvidos. Assim o gerenciamento dessas situações de conflitos causada pela fragmentação diária da comunicação, devem ser revistos e potencializados através de mudanças nas relações interpessoais na equipe.

Pensar em uma equipe integrada significa estabelecer conexões entre os distintos processos de trabalho, interessando-se e respeitando-se pelo trabalho do outro e na valorização que essas ações podem contribuir na produção de cuidados dos usuários da atenção psicossocial.

Reaprender a lidar com a singularidade de si e do outro, compartilhar saberes, rever conceitos e renovar as referências da prática do fazer e agir em saúde mental são grandes desafios da nova clínica de atenção psicossocial nos CAPS.

Neste sentido, trabalhar nos Centros de Atenção Psicossociais requer dos profissionais habilidades e motivação para desconstruir práticas cristalizadas. Para que essa ação aconteça é necessário o aprendizado de novos conhecimentos teóricos e práticos entre a equipe, com o intuito de favorecer os processos de trabalhos, compreender e acolher a vivência dos familiares e usuários da saúde mental.

Tais habilidades precisam ser incorporadas nas práticas diárias de cada profissional, como um processo natural das ações do cuidado e do relacionamento interdisciplinar e do relacionamento interpessoal, assim desta forma, se tornará possível a superação dos desafios e obstáculos no cotidiano dos CAPS I.

Entretanto a forma de organização, a falta de profissionais na equipe, os problemas de comunicação entre os trabalhadores e o modelo de formação tecnicista e biomédico, aparecem como fatores disparadores de focos de conflitos no cotidiano dos processos de trabalhos dos CAPS I.

Essa fragmentação do fazer e dos saberes individualiza o cuidado e promove o distanciamento profissional e pessoal dos profissionais que atuam na atenção psicossocial e na produção do cuidado nesta área.

Portanto para que se possa produzir mudanças nos processos de trabalho dos CAPS precisa-se de mudanças nos saberes, nos fundamentos teóricos deste campo, transformando a negação das

relações humanas no ambiente de trabalho em cooperação e reflexão permanente sobre as práticas. Fazendo, desta forma, acontecer a troca de saberes através da produção de um trabalho coletivo, reflexivo, dinâmico e humanizado.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S., et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 32, v. 3, p. 356–362, 2008.

AQUINO, M. D. W; BARRETO, S. **Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**: diretrizes para o cuidado no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2004.

BOSI, M. L. M. et al. Inovação em Saúde Mental: Subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1231-1252, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a03v21n4.pdf>> Acesso em 28/04/2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os tipos de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II, e seu modelo de funcionamento. **DOU**. Brasília, 2002. Acesso em 14 de maio de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.174/GM de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Art.3º. **DOU**. Brasília, 2005. Acesso em 30 de jun. de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Grupo de Trabalho de Humanização**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Editora MS, 2. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS**: As novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2017-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **DOU**. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/GM, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **DOU**. Brasília, 2013. Acesso em 13/07/2015.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. Ed Hucitec, 2. ed. São Paulo, 2005.

CAMPOS, R. T. O. Clínica: a palavra negada - Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate - Revista do centro brasileiro de estudos de saúde**, Rio de Janeiro, Ano XXV, v.25, n.58. 2001.

CAMPOS, R. T. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2007.

CORRADI, E. M; ZGODA, L. T. R. W; PAUL, M. F. B. **O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem**. 2008. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem)-Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC, Paraná, 2008.

COSTA, R. K. S; ENDERS, B. C; MENEZES, R. J. M. P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 4, p. 530-536, Out/Dez, 2008. Disponível em < <http://repositorio.ufrn.br/handle/1/3102>> Acesso em 04/04/2015.

DIAS, C. B; SILVA, A. L. A. O Perfil e a Ação Profissional da(o) Enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Esc Enferm, USP**; v. 44, n. 2, p. 469-75, 2010.

DIMENSTEIN, M. et al., O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 63-74, mar. 2009. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29512/31374>>. Acesso em: 04 Abr. 2015.

FARIAS, F.S.A.B. et al, **Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, UNIFOR, v 20, nº 2, p. 111-115, 2007.

FIGUEIREDO, A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental [online]**, v. 3, n. 5, p. 43-55, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679)> Acesso em 02/08/2015.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. Ed. Difusão, São Paulo, 2004.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005. Disponível em <[http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Trabalho\\_em\\_Equipe\\_ts.pdf](http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf)> Acesso em 16/06/2014.

GRANDO, M. K; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do Processo Grupal em Reuniões de Equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 504-510, jul-set, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a11>> Acesso em 14/07/2015.

GRIGOLO, T. M. **O CAPS me deu voz, me deu escuta**: Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)-Universidade de Brasília. Brasília, 2010.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estudo populacional**. 2012. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/pesquisa\\_google.shtm?cx](http://www.ibge.gov.br/home/pesquisa_google.shtm?cx)> Acesso em 14 de abr. 2014.

MARQUIS, B. L; HUSTON, C. J. **Administração e Liderança em Enfermagem**: Teoria e Prática. Ed. 6. ed. Porto Alegre : Artmed, 2010.

MEOLA, M. E. O Campo da Saúde Mental e as Tecnologias de Cuidado: Uma Reflexão. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 17-22, 2000.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org). **Praxis en Salud: Un Desafío para lo Público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo : Hucitec, 2005.

MINAYO, C. S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis - RJ. : Ed.Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM-COSTAS, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilema. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 1153-1162, 2010.

MORAES, Roque. **Análise de Conteúdo**. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, V. O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na Pesquisa em Psicopatologia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 447-456. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a16v17n3.pdf>> Acesso em 16 de mar. de 2014.

NEIVA, K. M. C. **Processos de Escolha e Orientação Profissional**. São Paulo: Veto, 2007.

OLIVEIRA, A. G. B; ALESSI, N. P. O Trabalho de Enfermagem em Saúde Mental: Contradições e Potencialidades Atuais. **Rev Latino-am**

**Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 333-40, maio-junho, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543>> Acesso em: 11/05/2014.

OLIVEIRA, A. G. B; ALESSI, N. P. A Reforma Psiquiátrica e o Processo de Trabalho das Equipes de Saúde mental. **Rev. Paul Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 31-42. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=360550&indexSearch=ID>> Acesso em: 11 de maio de 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S et al (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

PALOMBINI, A. L. A ética nas micropolíticas de atenção a loucura. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

PALOMBINI, A. L. et al. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciência e Cognição**, v. 8, p. 68-87, 2006.

RAMMINGER, T; BRITO, J. C. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 33, n. 117, Jan/Jun, 2008.

SANT'ANNA, S. R; HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução da vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na ergologia. **Interface comunicação saúde educação**. v 14. n 32, p.207 -15, jan/mar. 2010.

SARACENO, B; ASIOLI, F; TOGNONI, G. **Manual de Saúde Mental: Um guia básico para a atenção primária** . São Paulo: Hucitec, 1994.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as Estratégias para Inserção da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>> Acesso em 22 de jul. de 2015.

SCHNEIDER, J. F. et al., Concepções de uma Equipe de Saúde Mental sobre Interdisciplinaridade. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 3, p. 397-405, set, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/revistagauchadeenfermagem/article/view/8409/6961.pdf>> Acesso em: 30/07/2015.

SILVA, A. L. A; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino - Americana Enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441 - 449, jun. 2005.

SPAGNOL, C. A. **A construção de um dispositivo socioanalítico para abordar situações de equipes de enfermagem: análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo. **A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial**. Revista Texto Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 403-410, 2005.

TEIXEIRA, M. A. P; GOMES, W. B. Estou me Formando... e Agora? Reflexões e Perspectivas de Jovens Formandos Universitários. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 5, n. 1, p. 42-62. 2004.

## APÊNDICE A – Questionário

**SITUAÇÕES DE CONFLITOS NAS EQUIPES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS ICAPS**  
**I: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_**

### 1 - IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Ano de Formação: \_\_\_\_\_

Instituição formadora: \_\_\_\_\_

Pós Graduação: ( ) Sim ( ) Não Se sim, Qual: \_\_\_\_\_

Sua formação contribuiu para seu trabalho no CAPS?

Sim ( ) Não ( )

De que forma? \_\_\_\_\_

Carga horária semanal nesta instituição: \_\_\_\_\_

Tempo que trabalha em serviço de saúde mental: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho nesta instituição: \_\_\_\_\_

Como você veio trabalhar neste CAPS: \_\_\_\_\_

Vínculo: Concursado ( ) Contratado ( )

### 2 - QUESTÕES SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO:

a.a) Existe reunião de equipe neste CAPS?

( ) Sim ( ) não

Qual a frequência? \_\_\_\_\_

a.b) Como são feitas as reuniões de equipe?

---



---



---

a.c) Nestas reuniões há espaço para:

Avaliação do trabalho ( ) Sim ( ) Não

Planejamento e organização do serviço ( ) Sim ( ) Não

Discussão e Estudo de casos ( ) Sim ( ) Não

Educação Permanente ( ) Sim ( ) Não

b) Este serviço já teve ou tem supervisão clínico institucional?

( ) Sim ( ) Não

c) Todos os profissionais da equipe compartilham informações e conhecimentos? Em caso afirmativo, quais os meios utilizados?

---

---

---

f) Os papéis em relação ao cuidado dos usuários dentro da equipe são claramente definidos?      ( ) Sim    ( ) Não

g) Como se dão as relações entre as diferentes categorias profissionais?

---

---

---

h) Existe alguma liderança no grupo? Em caso afirmativo, como a equipe percebe essa liderança?

---

---

---

i) Existem situações conflituosas na sua equipe? Quais?

---

---

---

i.a) Quais são os fatores envolvidos nesses conflitos. Dê exemplos.

---

---

---

j) Como são resolvidas as situações de conflitos na equipe?

---

---

---

k) Os conflitos na equipe influenciam o cuidado dos usuários e familiares?

Sim ( )      Não ( )

k.a) De que forma você acha que as situações conflituosas existentes na equipe podem interferir na assistência dos usuários?

---

---

---

l) Existe autonomia para tomada de decisão individual?

Sim ( )      Não ( )

m) Como você gostaria que fosse o trabalho com a equipe no CAPS?

---

---

---

n) O que você proporia para melhorar o relacionamento de trabalho na equipe?

---

---

---

## APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Folha 01 - Esclarecimento da Pesquisa

**Título do estudo:** Situações de conflitos nas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial.

**Pesquisador responsável:** Luciane Leite Grossklags

**Orientador da Pesquisa:** Tânia Maris Grigolo

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC - Centro de Ciências da Saúde / CCS

**Telefone para contato:** (47) 3333-4431

**Local da coleta de dados:** Centro de Atenção Psicossocial I de Pomerode/SC.

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.
- Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito, não acarretando qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.
- Os pesquisadores se comprometem em cumprir a Resolução CNS nº 466/12, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
- Sua identidade e informações serão mantidas no mais absoluto sigilo.

**Objetivo do estudo:** Analisar as situações de conflito na produção de cuidado em uma equipe de um Centro de Atenção Psicossocial I.

**Justificativa do estudo:** A necessidade de se estudar as situações de conflitos nas equipes dos CAPS I faz-se necessária para melhorar a ambiência e as relações inter pessoais, contribuindo dessa forma, para um maior suporte afetivo e social que fornecera aos profissionais ferramentas e subsídios para o fortalecimento das relações de trabalho.

**Procedimentos.** Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões desta entrevista.

**Riscos:** Esta pesquisa não implica em riscos ou danos para às dimensões físicas, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente. Durante a pesquisa será respeitado a vontade e a disponibilidade dos profissionais em participar da entrevista.

**Sigilo.** As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Luciane Leite Grossklags - (CPF: 021.467.679-01)  
Representante legal da pesquisa

(Nome e CPF)  
Sujeito da Pesquisa/Representante Legal

Dados de contato dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos na UFSC:

Luciane Leite Grossklags. e-mail: lu.nane.sm@gmail.com  
Dr. Tânia Maris Grigolo e-mail: taniamgrigolo@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – CEPESH/UFSC

Universidade Federal de Santa Catarina. Pró-Reitoria de Pesquisa. Campus Universitário - Trindade - Florianópolis/SC  
CEP 88040-900 Caixa Postal 476 - Telefones: (48) 3721-9206 e-mail: coep@fsp.usp.br site cep.ufsc.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**Folha 02 - Declaração para Participação da Pesquisa**

*Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo sobre as "Situações de conflitos nas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.*

*Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Luciane Leite Grossklags

(CPF: 021.467.679-01)

Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
 (Nome e CPF)

Sujeito da Pesquisa/Representante Legal

Dados de contato dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos na UFSC:  
 Luciane Leite Grossklags. e-mail: lu.nane.sm@gmail.com  
 Dr. Tânia Maris Grigolo e-mail: taniamrigolo@gmail.com  
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEPESH/UFSC  
 Universidade Federal de Santa Catarina. Pró-Reitoria de Pesquisa. Campus Universitário - Trindade - Florianópolis/SC  
 CEP 88040-900 Caixa Postal 476 - Telefones: (48) 3721-9206 e-mail: coep@fsp.usp.br site cep.ufsc.br