



AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA REUNIÃO DE EQUIPE DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

EVALUATION OF PROFESSIONAL PARTICIPATION IN THE TEAM MEETING OF THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA REUNIÓN DE EQUIPO DEL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL

Elitiele Ortiz Santos¹, Valéria Cristina Christello Coimbra², Luciane Prado Kantorski³, Leandro Barbosa de Pinho⁴, Ana Paula Müller de Andrade⁵, Adriane Domingues Eslabão⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar a participação dos profissionais na reunião de equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Método:** estudo qualitativo, avaliativo, com o referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração. A coleta de dados ocorreu a partir de observação participante e de um grupo focal com 17 trabalhadores do CAPS. A análise dos dados foi realizada pela técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** o processo avaliativo evidenciou a importância da equipe de apoio e do médico psiquiatra se inserir na reunião de equipe, bem como os limites e dificuldades dessa participação. A não participação do psiquiatra na reunião de equipe coloca em evidência o modo de trabalho ambulatorial que esse profissional desenvolve no CAPS, com ações individualizadas sem se integrar à equipe. **Conclusão:** a participação dos profissionais na reunião de equipe amplia o compartilhamento de informações e a qualidade das ações terapêuticas do CAPS. **Descritores:** Serviços de Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the participation of professionals in the team meeting of a Psychosocial Care Center (PSCC). **Method:** qualitative, evaluative study, with the theoretical-methodological reference of the Fourth Generation Assessment. Data collection took place from participant observation and from a focal group with 17 PSCC workers. Data analysis was performed using the Content Analysis technique, in the Thematic Content Analysis modality. **Results:** the evaluation process evidenced the importance of the support team and the psychiatrist physician to be included in the team meeting, as well as the limits and difficulties of this participation. The psychiatrist's non-participation in the team meeting highlights the way in which the professional works in the PSCC, with individualized actions without integrating the team. **Conclusion:** the participation of the professionals in the team meeting increases the sharing of information and the quality of the therapeutic actions of the PSCC. **Descriptors:** Mental Health Services; Health Care Reform; Comprehensive Health Care; Health Evaluation.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la participación de los profesionales en la reunión de equipo de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). **Método:** estudio cualitativo, evaluativo, con el referencial teórico-metodológico de la Evaluación de Cuarta Generación. La recolección de datos ocurrió a partir de observación participante y de un grupo focal con 17 trabajadores del CAPS. El análisis de los datos fue realizado por la técnica de Análisis de Contenido en la modalidad Análisis de Contenido Temático. **Resultados:** el proceso de evaluación evidenció la importancia del equipo de apoyo y del médico psiquiatra se inserir en la reunión de equipo, así como los límites y dificultades de esa participación. La no participación del psiquiatra en la reunión de equipo, pone en evidencia el modo de trabajo ambulatorio que ese profesional desarrolla en el CAPS con acciones individualizadas sin integrarse en el equipo. **Conclusión:** la participación de los profesionales en la reunión de equipo amplía el intercambio de informaciones y la calidad de las acciones terapéuticas del CAPS. **Descriptor:** Sevicios de Salud Mental; Reforma de la Atención de Salud; Atención Integral de Salud; Evaluación en Salud.

^{1,6}Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mails: elitiele_ortiz@hotmail.com; adrianeeslabao@hotmail.com; ^{2,3}Enfermeiros, Professores Doutores, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/UFPel. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com; kantorski@uol.com.br; lbpinho@uol.com.br; ⁵Psicóloga, Doutora (Pós-doutoranda), Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFPel. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: psicopaula@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A saúde mental, nos últimos 30 anos, passou por grandes transformações e avançou no debate clínico, político e social em relação ao processo de cuidado. Se antes a atenção às pessoas em sofrimento psíquico era voltada para uma única estrutura de caráter excludente, o hospital psiquiátrico, atualmente, o cuidado volta-se para uma rede de serviços, tendo como ponto organizador da rede o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).¹

O CAPS é um dos principais instrumentos de implementação da política nacional de saúde mental, funcionando como disparador para a construção de redes de cuidado. Assim, mais do que um serviço, representa a possibilidade de uma ampla rede de alianças no território que visa à construção de estratégias compartilhadas, auxiliando na resolubilidade da atenção.²

Os CAPS são divididos em três tipos, I, II e III, conforme a população do município, e há também os específicos para o cuidado de crianças e adolescentes (CAPSi) e para pessoas em sofrimento psíquico por uso e abuso álcool e outras drogas (CAPSad). Esses serviços são referência no acompanhamento clínico e na reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico intenso, estão inseridos no território e são organizadores da rede de cuidado em saúde mental.³

Desde 2001, o CAPS vem se tornando foco de grande investimento do governo federal, havendo a expansão desses serviços, passando de 295, em 2001, para 2328, em 2014, ou seja, de uma cobertura baixa, atualmente apresenta uma cobertura muito boa, operando transformações significativas nas questões de acesso e manutenção do cuidado na comunidade.⁴ Junto à criação desses dispositivos assistenciais, se instituiu uma nova direção de trabalho, com a introdução de elementos que pudessem sustentar um cuidado mais humanizado e integral na perspectiva da atenção psicossocial, entre eles, o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, consideradas estratégias de trabalho fundamentais na mudança de paradigma de cuidado em saúde mental.

No cuidado psicossocial, se evidencia um trabalho em equipe, centrado no indivíduo, seus aspectos socioculturais e subjetividade e, diante disso, preconiza-se maior horizontalidade nas relações entre os profissionais e a construção de espaços que possam subsidiar um processo de trabalho mais coletivo, capaz de contemplar as complexidades do indivíduo e suas dimensões,

diferente do modelo manicomial, no qual as práticas são fragmentadas com relações verticais centradas no saber/poder do médico.⁵

A Portaria 3.088, de 2011, ao instituir a Rede de Atenção Psicossocial, estabelece que o trabalho nos CAPS deve ser realizado prioritariamente em espaços coletivos, como a reunião de equipe.³ Esse espaço tem sido estimulado por diretrizes e princípios de diversas políticas e programas de saúde pública no Brasil, pois possibilitam o compartilhamento de saberes, o diálogo entre os profissionais e a otimização do trabalho em equipe.⁶

A realização de reuniões de equipe, de modo sistemático, permite, aos serviços, a consolidação de um processo de trabalho interdisciplinar, com potencial de discussão do Projeto Terapêutico Singular (PTS), considerando as necessidades da pessoa e as possíveis articulações com o território.⁷ Portanto, pode ser uma valiosa tecnologia para a gestão do cuidado em saúde mental.

As reuniões de equipe são comuns no contexto do trabalho em saúde, porém, no contexto das transformações da Reforma Psiquiátrica e da saúde mental, emerge a necessidade de compreender e avaliar como os profissionais têm se utilizado desse espaço coletivo para construir um cuidado pautado na atenção psicossocial. Tal reflexão se sustenta na ideia de que a Reforma Psiquiátrica não está dada a partir da abertura de serviços substitutivos. O que opera as possibilidades de sua concretização são os modos de produzir o cuidado na micropolítica do trabalho. Por isso, há de se colocar em análise os modos de cuidado que são proporcionados às pessoas em sofrimento psíquico e de que forma têm contribuído para a consolidação de um cuidado integral.⁸ Portanto, o modo como as reuniões de equipe são realizadas pelas equipes interdisciplinares poderá trazer um conteúdo de inovação, criação e outras possibilidades de construir o cuidado.

OBJETIVO

- Avaliar a participação dos profissionais na reunião de equipe de um Centro de Atenção Psicossocial.

MÉTODO

Estudo qualitativo, avaliativo, com o referencial teórico-metodológico de Avaliação de Quarta Geração, caracterizada como a avaliação construtivista/responsiva alternativa às tradicionais formas utilizadas para avaliar serviços de saúde, uma vez que o foco da

Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP et al.

avaliação são as reivindicações, preocupações e necessidades dos grupos de interesse.⁹

A realização deste estudo partiu de duas pesquisas anteriores: a Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL I), no ano de 2006, e a CAPSUL II, no ano de 2011. O objetivo dessas duas pesquisas foi avaliar os serviços de saúde mental nos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, totalizando 308 serviços avaliados quantitativamente e três serviços avaliados qualitativamente, com base na Avaliação de Quarta Geração.

Para o desenvolvimento deste estudo, que trata da reunião de equipe, a coleta de dados envolveu duas etapas: na primeira etapa, retomou-se o banco de dados qualitativo das pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II do município de Joinville, em Santa Catarina, composto por diários de campo e entrevistas com os trabalhadores. Assim, realizou-se a leitura, na íntegra, de 35 entrevistas e de seis diários de campo que totalizaram 535 horas de observação. A análise sistematizada desses dados objetivou identificar questões de interesse dos trabalhadores, relacionadas ao processo de trabalho no CAPS, que contribuíam para a construção de um cuidado pautado na perspectiva da Atenção Psicossocial.

O material analisado foi organizado em uma matriz, constituindo unidades de informação e, a partir da sua análise e interpretação, foram criadas as categorias provisórias, sendo estas: reunião de equipe, organização em miniequipe de referência e articulação do CAPS com o território.

A segunda etapa da coleta de dados ocorreu no mês de abril 2014 e se caracterizou pelo retorno ao serviço estudado para a realização da observação participante e de um grupo focal. A observação participante foi realizada junto à equipe nas seguintes atividades: reuniões de equipe, discussões de casos, oficinas terapêuticas e reuniões de matriciamento. Todas as observações foram registradas em diário de campo, totalizando 168 horas.

O grupo focal contou com a presença 17 trabalhadores. Foi apresentada a análise de onde emergiram as categorias provisórias para que pudesse gerar discussão. O objetivo do grupo focal foi compreender as mudanças, as reivindicações, a percepção e a avaliação do momento atual do processo de trabalho referente às categorias provisórias. Nesse artigo, tratou-se da categoria relacionada à reunião de equipe, avaliada pelos trabalhadores como um dos principais

Avaliação da participação dos profissionais...

instrumentos de trabalho do CAPS. Os critérios de exclusão dos trabalhadores na pesquisa foram: estar afastado por licença a saúde e/ou de férias durante o período da coleta de dados.

Para a análise dos dados da observação de campo e do grupo focal, utilizou-se a análise temática, a qual se apresenta em três etapas: leitura e ordenação do conjunto das informações obtidas nas entrevistas e diário de campo; agrupamento dos núcleos de significados, por meio de uma leitura exaustiva das falas, e interpretação do material a partir do referencial teórico do processo de trabalho.¹⁰ A análise do material coletado na segunda etapa permitiu o agrupamento das falas em duas categorias temáticas: avaliação da participação da equipe de apoio na reunião de equipe e avaliação da participação do médico psiquiatra na reunião de equipe.

Os aspectos éticos do estudo foram assegurados aos participantes de acordo com a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer n.º 750.144/2014. Respeitando o anonimato, a fala dos trabalhadores foi identificada com a letra “T” e o número correspondente ao entrevistado e “DC” para os registros dos diários de campo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

♦ Avaliação da equipe de apoio na reunião de equipe

No CAPS, a reunião de equipe é um dos espaços coletivos de grande importância para os profissionais organizarem o processo de trabalho. Nesse espaço, a equipe frequentemente se encontra para refletir e conversar sobre o trabalho, sobre os casos acompanhados, compartilhar ideias, saberes, experiências e dúvidas. A participação dos profissionais nesse espaço contribui para a organização na divisão de tarefas, além de promover um melhor conhecimento com relação aos encaminhamentos dos casos e condutas a serem seguidas.¹¹

De acordo com a política de saúde mental, os profissionais que trabalham no CAPS devem ter diferentes formações e integrar uma equipe multiprofissional, estando caracterizados em dois diferentes grupos: os técnicos de nível superior e os técnicos de nível médio.³

No serviço estudado, os profissionais se caracterizam por equipe técnica e equipe de apoio. A equipe técnica é composta por

Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP et al.

profissionais com formação técnica e superior e é responsável pela organização do acolhimento dos usuários, pelo desenvolvimento dos projetos terapêuticos e trabalho nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhamento dos espaços de convivência do serviço e resolução de problemas. A equipe de apoio é formada pelos profissionais de serviços gerais, vigilantes, motoristas e auxiliares administrativos, os quais não participam dos espaços de discussão das atividades.

Nos três anos observados no estudo, as reuniões de equipe estavam compostas somente pela equipe técnica, entretanto, em 2006, houve um entendimento, por parte dos profissionais, de que a equipe de apoio deveria participar das reuniões do serviço, pois auxiliava diretamente nas atividades do dia a dia e estava frequentemente em contato com os usuários, assumindo responsabilidades e desenvolvendo intervenções em saúde.

Vigilantes já passaram coisas pra gente importante. A atendente é outra que tem contato porque elas especulam muito mais do que a gente, elas param para escutar e por que elas não podem ser apoiadas nisso? Elas deveriam ter um lugarzinho na equipe, nas reuniões [...], isso já foi pedido [...]. Eles são parte fundamental porque ficam circulando por aí. [...] E a gente vê que eles estão dando palpite, orientação, [...] tão lidando com eles [usuários]. (T15)

Tem horas que não cabe a nós, que é a parte clínica, mas têm reuniões ativas que faz parte do dia a dia que seria bom, eu acho que valeria a pena participar, a gente cresceria com eles, adquiriria mais conhecimento e saberia como lidar com essa questão, como agir. Agora, a gente fica neutra, aí complica, às vezes, nem sabe como lidar naquela situação. (T8)

Teve uma vez que a gente precisou de um deles [...] o guarda quase que surtou, disse que aquilo ele não fazia, ficou assustado e aquilo mexeu um monte com ele. Mas isso eu acho que é por falta de orientação [...] que é uma falha da equipe. (T7)

Os profissionais da equipe de apoio são parte importante no cuidado em saúde mental e sua participação nas reuniões poderia qualificar as ações que já desenvolvem no serviço como a escuta, o diálogo com os usuários e as orientações. Além disso, eles poderiam contribuir nas reuniões com informações importantes sobre os usuários, o que auxiliaria na elaboração de estratégias de cuidado da equipe.

No paradigma psicossocial de cuidado, priorizam-se a escuta, o diálogo, a construção de vínculos, a confiança, o acolhimento e o

Avaliação da participação dos profissionais...

compromisso com o outro, ou seja, ferramentas relacionais de encontros e de subjetividades para além de equipamentos e saberes tecnológicos.¹² Diante disso, o trabalho de todos os profissionais que estão em contato com os usuários e famílias, mesmo aqueles não especialistas, se torna importante e necessário para a construção do cuidado em saúde mental, carecendo de apoio e supervisão.¹³

Observa-se que o encontro entre o profissional da equipe de apoio e o usuário acontece frequentemente e, portanto, esse momento pode ser aproveitado como possibilidade terapêutica, com respeito à experiência e aos saberes do profissional e à valorização de suas possibilidades para a utilização das tecnologias relacionais. Nesse sentido, a participação da equipe técnica e da equipe de apoio na reunião contribuiria tanto para a qualificação das ações desses profissionais no serviço, como para a construção do plano terapêutico singular.

O encontro entre os diferentes saberes em circulação é capaz de extrair, da experiência, aprendizado e inovações tecnológicas. Ao produzir as inovações tecnológicas, se produzem atos de cuidado porque sustentam práticas inovadoras e criativas, ampliando-se o olhar e as tecnologias para a produção do cuidado em saúde mental.¹

A participação da equipe de apoio nas reuniões também possibilitaria a esta conhecer melhor a proposta do serviço substitutivo de saúde mental, seu modo de organização, finalidades e objetivos, informações consideradas importantes para quem trabalha no CAPS.¹⁴ Com isso, diminuiria o sofrimento do profissional da equipe de apoio que, muitas vezes, está diante de situações complexas sem saber como agir.

A natureza do trabalho em saúde mental, muitas vezes associada às condições de trabalho, e a configuração das equipes são condições estressoras.¹⁵ Essas questões se tornaram mais emergentes a partir das mudanças de cuidado provocadas pela Reforma Psiquiátrica, sendo necessário preparo para as novas possibilidades de intervenção na atenção em saúde, entre elas, a atenção à crise e toda a sua complexidade de abordagem nos serviços abertos.¹⁶

No contexto do serviço pesquisado, percebem-se algumas tentativas para inserir a equipe de apoio nas reuniões. No entanto, não foram efetivas, pois há uma falha tanto da equipe técnica que, embora tenha tentado incluí-la, apresenta resistência, como

Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP et al.

também da equipe de apoio, que sempre justifica outros afazeres no momento da reunião e, além disso, menciona o vínculo terceirizado como justificativa para não se incluir nas reuniões:

Eu vejo que é importante [participação do guarda e de serventes na reunião]. Agora, tem duas coisas: tem a equipe que tem uma certa resistência, mas tem eles que que escolhem estar fora. Teve uma época que foram chamados, que se tentou incluir, mas é aquela coisa: “ah, eu tenho isso pra fazer, aquilo, hoje não dá, amanhã”, é a não inclusão deles mesmos. (T14)

[...] acho que é uma falha nossa, a gente não colocar eles mais junto conosco [...] falou-se muitas vezes em “ah, vai ter que participar da reunião” [...], mas sempre tem alguma coisa que não podem [...], eles falam que são profissionais terceirizados, [...] eles não querem participar das nossas reuniões ou de algumas atividades que a equipe solicitou. (T7)

Certamente, há algumas limitações para a participação desses profissionais na reunião, como a cultura de organização do serviço, que não inclui esses profissionais nas atividades coletivas da equipe, a demanda de trabalho e também por serem profissionais terceirizados, estando mais susceptíveis à rotatividade, fator que também desestimula sua inserção nas atividades organizativas.¹⁴

Em 2011, a participação da equipe de apoio nas reuniões de equipe não foi uma necessidade mencionada pelos profissionais e, em 2014, a equipe de apoio não mostrou interesse em participar, referindo-se a esse momento como gerador de incômodo e estresse.

A funcionária de serviços gerais disse que até sabe um pouco da vida dos usuários, mas prefere não se envolver porque dá muita incomodação, estresse, nervosismo. Fala que não gostaria de participar da reunião [...], que, ali, os profissionais discordam das coisas, são opiniões diferentes e vê o estresse que dá. (DC1)

Ao final da reunião de equipe, fui até a cozinha e lá estava a funcionária de serviços gerais [...]. Ela não participou da reunião, pois ela, o motorista e as demais funcionárias da limpeza não participam, nem das discussões, parece que funcionam como uma equipe à parte, [...] não há interesse, por parte deles, de participar [...] trabalha no CAPS há muitos anos e, mesmo assim, relata ter medo de alguns usuários. Diz que trabalha sempre com a porta da cozinha fechada, pois tem medo que algum usuário entre de surpresa e a machuque [...] acha que o serviço está uma bagunça, que a porta fica aberta e não tem horário para nada. (DC3)

Avaliação da participação dos profissionais...

A não participação na reunião de equipe dificulta a compreensão sobre o processo de trabalho dos profissionais do serviço, uma vez que a diversidade de opiniões e discussões geradas nas reuniões de equipe pode ser compreendida como brigas ou desentendimentos quando, na verdade, pode estar relacionada à implicação da equipe no encaminhamento dos casos e situações do serviço.

Além disso, na área da saúde mental, o preconceito é uma questão que deve ser trabalhada na própria equipe. O usuário, muitas vezes, é visto como uma pessoa violenta e agressiva. Essa percepção perpetua a manutenção de práticas manicomiais nos serviços abertos de saúde mental.¹⁷

O cuidado no território provoca que os serviços substitutivos possam rediscutir constantemente seu papel na construção do cuidado, a fim de combater o preconceito e o estigma no interior do serviço e na sociedade. No entanto, isso só é possível quando as equipes estão integradas e aperfeiçoando abordagens humanizadas com sensibilidade para acolher sem julgar e problematizando as fragilidades de suas próprias práticas.

Sabe-se que, nos serviços de saúde, é comum os profissionais se referirem à reunião como uma atividade geradora de estresse, cansativa e sem objetividade. Porém, seus benefícios são ímpares para o planejamento conjunto, a socialização do conhecimento e as discussões que possam subsidiar tomadas de decisões mais acertadas.¹⁸

Diante disso, o que fica em destaque, neste estudo, são a necessidade e a possibilidade de inserção da equipe de apoio na reunião, talvez, não com a frequência semanal, mas de forma estratégica, que possa trazer contribuições para o cuidado em saúde mental da equipe e também promover uma melhor compreensão da proposta da atenção psicossocial, reduzindo anseios, medos, preconceitos e até mesmo rotatividade desses profissionais no serviço.

A importância da participação dos trabalhadores nas reuniões é evidenciada quando reconhecem esse espaço como provedor de discussão, de troca de informações, experiências e conhecimentos, garantindo maior segurança dos profissionais no processo de trabalho. Assim, os profissionais da saúde mental devem refletir sobre a melhor forma de inserção e valorização da equipe de apoio nas atividades coletivas, com vistas a uma melhor compreensão do papel do CAPS, bem como para potencializar suas práticas de cuidado.

Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP et al.

♦ Avaliação da participação do médico psiquiatra na reunião de equipe

Nos três anos estudados, os profissionais mencionaram a importância da participação do médico psiquiatra nas reuniões de equipe, pois a proposta de trabalho do CAPS é de um trabalho interdisciplinar e o médico possui um papel relevante no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. No entanto, o trabalho do médico psiquiatra no CAPS ocorre de forma ambulatorial, focado na doença, com a utilização de meios medicalizantes. Sua participação no serviço não acontece em espaços coletivos de trocas, mas de forma isolada, no consultório.

[...] ele tem mais privilégios, o atendimento dele é mais ambulatorial do que de CAPS, passa a medicação, a receita, vê como está e vai embora. Não se envolve, não participava das reuniões, não participa de nenhum grupo, raramente, num evento e outro [...] é uma categoria que não participa. Eu acho que, num CAPS, deveria ter a presença do psiquiatra junto com a equipe nas reuniões, nos grupos, oficinas, como um outro profissional. (T10)

É nós não temos o que a gente gostaria de ter o psiquiatra de CAPS [...] aquele assim que se envolveria com ações, participaria das oficinas, de alguns grupos, circularia [...], a participação do psiquiatra na equipe do CAPS é pouca mesmo. Não participa das reuniões diárias, [...] só faz mesmo consulta [...]. (T7)

[...] é só dentro de consultório, eu acho que o médico também tem que vir aqui porque ele entra, vai para o consultório, senta, consulta, sai e vai embora. E eu acho que médico de CAPS devia conviver com CAPS. Devia participar, saber qual grupo, qual oficina, fazer grupo, inclusive, seria o ideal [...]. Eles não sabem! Só sabem quando a gente senta na frente e fala, não participa do convívio. (T11)

A interação do médico psiquiatra com a equipe é feita de forma pontual, quando outro profissional o procura para falar de alguma necessidade. Entretanto, o médico deveria participar das atividades terapêuticas programadas e das reuniões do serviço, assim, conheceria melhor o processo de trabalho de equipe, a forma de organização e as atividades terapêuticas ofertadas.

O modo como o profissional médico psiquiatra vem se inserindo nos serviços de substitutivos de atenção psicossocial reforça a dificuldade desses profissionais em se adequar a um novo modelo de assistência em saúde mental que preconiza a interdisciplinaridade, o engajamento e o compromisso coletivo.¹⁹

Avaliação da participação dos profissionais...

O modelo de Atenção Psicossocial requer uma contraposição constante às práticas médico- centradas e, portanto, uma adequação de todos os profissionais da equipe a práticas substitutivas de cuidado cujo fortalecimento se dá pelo envolvimento dos profissionais em espaços coletivos de reflexões e análise das diferentes opiniões.

Espaços coletivos, como a reunião de equipe, trazem a potência do confronto de contradições e é importante que, nesses momentos, sejam feitas discussões interdisciplinares para não se ignorar os limites do serviço, seja ele definido pelos muros do serviço ou pelo conhecimento científico reducionista de cada categoria profissional. Assim, compreende-se que estes serviços não apresentam modelos prontos e definidos, mas, pelo contrário, um constante enfrentamento dos limites da cultura, do profissional médico, enfim, da equipe.²⁰

Algumas justificativas são apontadas, pelos profissionais, para a pouca participação do médico no serviço, como: a carga horária reduzida comparada aos outros profissionais; o medo de que o médico peça para sair do serviço por não entender que sua participação nas reuniões seja parte de suas atividades e a grande demanda de atendimentos clínicos do médico. Tais justificativas fazem com que alguns trabalhadores apoiem que o médico trabalhe da maneira que desejar.

[...] aquela questão da circular, não ficar só na salinha, atrás de uma mesa, consultando e passando medicação. Até porque aí a outra questão, né, o horário. Eles fazem um horário diferenciado. Nós trabalhamos seis horas por um salário, eles trabalham três pelo mesmo, isso já diminui o tempo que ele fica aqui [...] diminui as ações [...]. (T7)

Tem uma coisa que eu tenho batido bastante nesta tecla, até em reunião, que é o endeusamento que os profissionais fazem em relação aos psiquiatras, o medo de eles pedirem a conta faz com que eles façam tudo que eles querem. (T9)

Depende da disponibilidade dele! A miniequipe sempre puxa, sempre quer, sempre traz pra si, pra se apropriar dos casos, pedir um auxílio, mas, nem sempre, há essa possibilidade, a gente vê que a demanda dele é grande [...]. (T12)

Tais limitações também demonstram as dificuldades que os profissionais médicos enfrentam para compor o trabalho em equipe nos serviços de atenção psicossocial. A ação desses profissionais, assim como de outros na área da saúde, é multideterminada, estando relacionada a fatores ligados à formação acadêmica, à qualificação profissional e ao próprio estigma e preconceito social.^{19,21}

Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP et al.

A diferenciação da carga horária do médico no CAPS, com relação aos outros profissionais da equipe técnica, pode ser um dos fatores que contribuem para a manutenção de práticas médico-centradas, reforçando a ideia de uma hipervalorização da categoria médica, em detrimento das demais profissões. Além disso, as diferenças nas condições salariais reforçam essa ideia e dificultam o trabalho em equipe.¹⁹

As diferenças do regime de trabalho provocam uma organização entre os profissionais em que o médico desenvolve um trabalho individualizado, com foco na demanda das consultas clínicas e não nas necessidades mais amplas dos usuários que, por serem complexas, exigem a construção coletiva do cuidado. Assim, devido à restrição do médico ao trabalho no consultório, há uma desvalorização de sua participação em atividades fundamentais como os grupos, as assembleias e as reuniões de equipe, que devem ser prioritárias no CAPS.³

A falta de médicos psiquiatras para trabalhar nos serviços de saúde mental também faz com a equipe não problematize o modo de trabalho desses profissionais no CAPS, com o receio de que não queiram mais trabalhar nesse serviço. A baixa procura dos profissionais para trabalhar na área da saúde mental pode estar relacionada a estigmas e preconceitos não superados durante os cursos de graduação, à pouca aproximação com serviços extra-hospitalares e com os desafios do modo psicossocial de cuidado. Há, também, que considerar a desvalorização das competências relacionais de cuidado e a hipervalorização de equipamentos e procedimentos técnicos.²²

Com isso, as mudanças nos cursos de formação na área da saúde são relevantes. É nesse sentido que já estão em curso as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e alguns movimentos nas universidades para a reformulação dos currículos, buscando integrar os conteúdos de maneira a minimizar a fragmentação do cuidado prestado pelos profissionais.²³ Entretanto, é preciso maior investimento nas mudanças curriculares e na instrumentalização e capacitação dos profissionais.^{7,23} Entende-se que o ensino dos profissionais da área da saúde, incluindo os dos médicos psiquiatras, deve-se adequar às propostas da política de saúde mental, inserindo estágios e aulas práticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

As inovações e mudanças promovidas na formação de um profissional comprometido com as transformações defendidas pelo

Avaliação da participação dos profissionais...

ideário da Reforma Psiquiátrica não devem se restringir a recursos tecnológicos de qualificação das relações terapêuticas, mas, sobretudo, incluir as novas formas de organização das equipes, tais como o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a transformação de papel dos técnicos, a articulação entre aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, ou seja, recursos que possam ir além do entendimento e da execução das políticas e modelos, mas que estimulem a autorreflexão e a reavaliação constantes do impacto do trabalho cotidiano sobre a própria subjetividade do trabalhador. Assim, trata-se de uma tarefa complexa, pois é um processo que deve conciliar uma formação teórica e técnica sólida, de vocação crítica e criativa, que atenda aos desafios de um processo contínuo e de transformação, como é o da Reforma Psiquiátrica.^{23,24}

Apesar de ser importante a formação acadêmica, a participação do profissional no dia a dia do serviço também contribui para o seu processo formativo enquanto trabalhador de saúde mental. O próprio espaço da reunião de equipe pode ser considerado formativo, por possibilitar discussões construtivas entre os trabalhadores.²⁵

De acordo com os profissionais, o fato do médico psiquiatra não participar das discussões dos casos interfere no cuidado que está sendo ofertado, dificultando o processo terapêutico do usuário no serviço, pois, ao trabalhar de forma isolada, tal profissional toma decisões que, muitas vezes, não são discutidas com a equipe e/ou não estão de acordo com aquelas combinadas na reunião. Essa situação dificulta a compreensão dos profissionais sobre as condutas do médico e causa, na equipe, a sensação de não ter autonomia no processo de trabalho.

O que a gente pode oferecer pra bipolar? Não se sabe [...] nós vamos ler na literatura? Vamos conversar com alguém que sabe? Ah, o psiquiatra bate o martelo e acabou. Então, um ou dois profissionais é que tem a coragem, a ousadia de enfrentar um psiquiatra, também não vai. [...] Eu acho que esses difíceis vão ficando por conta dessas coisas. (T12)

A miniequipe aponta a necessidade, a possibilidade [de alta]. A fulana está pronta, então, a miniequipe entende que o trabalho dela se encerra, se a médica acha que não, então, ela fica [...]. A miniequipe tinha autonomia [...], hoje, ela não tem mais. Não tem aquilo assim de trabalho em equipe com o médico [...]. (T1)

A dificuldade de inserção do médico nas reuniões de equipe é uma realidade de vários serviços de saúde e, desse modo, acaba por

Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP et al.

não compartilhar suas experiências, deixando, inclusive, de tomar conhecimento e acompanhar práticas terapêuticas desenvolvidas pela equipe.¹⁹

Entende-se que a potência do trabalho em equipe e a terapêutica do usuário ficam comprometidas quando prevalece a decisão de um profissional de forma isolada. A participação nos espaços decisórios poderia melhorar a compreensão do médico psiquiatra sobre a percepção e a conduta dos outros profissionais da equipe, facilitando vínculos e relações de trabalho, o compartilhamento de informações, experiências, o sentimento de autonomia e a valorização dos outros profissionais da equipe técnica, além de estratégias de cuidado mais efetivas.

Os profissionais entendem que, de certa forma, são eles mesmos que atuam no sentido de reforçar a lógica de poder do médico psiquiatra no CAPS, pois, algumas vezes, se sentem inferiores a esse profissional ou, também, quando a equipe foca no recurso terapêutico médico centrado, acreditando que a medicação é a única forma de tratamento ou, ainda, quando os profissionais deixam para o médico a decisão final quanto ao cuidado.

Os profissionais, eles se diminuem diante do papel do psiquiatra, eles passam a dar o poder [ao psiquiatra], [...] ele não quer que o psiquiatra tenha, ele acha que [o psiquiatra] não deveria ter, mas ela acaba repetindo isso, esse modelo. (T2)

[...] o tratamento dele é só medicação? [...] E aí eu me pego, enquanto equipe, quando o psiquiatra não faz, a gente vai lá e “olha, esse cara poderia tomar”, quantas vezes eu já peguei pensando [...]. Você acaba reforçando o papel da psiquiatria, você acaba chamando e dando pra eles todo o poder, o cara [psiquiatra] não está aqui, mas você está usando seus recursos terapêuticos que você acha que tem [...]. (T12)

Por mais que, às vezes, defenda e tente acreditar que o serviço dele é muito multidisciplinar [...], às vezes, a equipe dá responsabilidade, a última palavra, pra ele. Então, querendo ou não, a gente tem que treinar isso, passa pela questão de como trabalhar interdisciplinarmente mesmo com essa figura médico psiquiatra, que ele se sinta participante da equipe, que ele venha na reunião, que ele discuta, que ele opine, que saiba escutar a opinião dos outros. Então, eu vejo assim, quando ele vir, a gente tem que saber como utilizar, como fazer que ele se sinta parte da equipe. (T5)

A fala da médica, muitas vezes, é trazida para a reunião de equipe. “Porque a médica disse isso, aquilo”; “Mas a médica não vai

Avaliação da participação dos profissionais...

aceitar isso”; “Tem que ver com a médica primeiro”. (DC1)

Percebe-se que o médico, mesmo não participando das reuniões, tem as suas decisões e opiniões sempre trazidas para as discussões da equipe por outros profissionais e/ou se espera que o médico tome uma decisão final em outro momento. Assim, os profissionais, no espaço da reunião, também reforçam um modelo de atenção médico-centrado, que é alvo de crítica dos próprios trabalhadores.

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

Nesse sentido, não há “culpados” ou “vítimas”, mas percebe-se a perpetuação de um saber-poder médico hegemônico que fragiliza a proposta da interdisciplinaridade e da horizontalidade das relações entre os profissionais, dificultando caminhos para novas práticas de cuidado em saúde mental cujos diferentes saberes profissionais são importantes para a superação das necessidades em saúde.⁸

O deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade é um importante pilar da reforma psiquiátrica cujo desafio é a desinstitucionalização do discurso médico hegemônico das práticas de cuidado em saúde mental. Desinstitucionalizar tal discurso significa repensar as práticas naturalizadas e criar novas formas e possibilidades de cuidado. Assim, o discurso biomédico faz parte de uma rede de relações, não estando somente localizado no profissional médico, mas envolvendo usuários, gestores, diferentes profissionais e a sociedade em geral. Com isso, o conceito de desinstitucionalização mostra-se potente, pois visa a disparar movimentos de ruptura com o saber instituído e cristalizado.⁸

No contexto estudado, percebeu-se que a equipe tem um olhar crítico quanto ao seu modelo de trabalho médico-centrado, reconhecendo os limites e os desafios desse modelo. Além disso, fazem movimentos de mudança para uma prática mais coletiva. Isso pode ser observado quando os profissionais valorizam a necessidade de todos os trabalhadores estarem envolvidos nas decisões e planejamento e, também, quando demonstram a esperança de que o processo de

Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP et al.

trabalho ainda seja desenvolvido com a participação de todos nas diferentes atividades coletivas:

A gente tenta buscar, tenta chamar. Tem, agora, a próxima assembleia, o nome do nosso psiquiatra está ali pra estar participando da assembleia, se vai acontecer não sei, mas o nome dele está aí. Então, a gente tenta envolvê-los, só que existe resistência. (T7)

O meu sonho, como o de alguns profissionais, é que o médico do CAPS estivesse junto com os demais profissionais, em grupos, em oficinas, discutindo e conversando e nas reuniões ouvindo a equipe, dando sugestão e construindo junto com os familiares e usuários. (T9)

[...] a gente entende, eu entendo que o nosso médico faz parte da equipe, então, ele não pode ficar fora, numa avaliação, relata a assistente social durante a discussão de um caso [...]. (DC1)

Isso vai muito do médico [...] mas é da equipe também, a gente não pode esperar sentada em uma reunião que o médico venha por conta própria, às vezes, ele não está ali porque ele mesmo se sente um pouco fora do contexto, porque não é chamado muito. [...] Eu acho que se a gente vê que o médico não está querendo muito, a gente tem que puxar! Por que como é que nós vamos trabalhar? Se ele tem que fazer parte da equipe [...]. (T1)

A equipe reconhece a importância da participação do médico nas reuniões, assembleias, grupos, oficinas, enfim, nos espaços coletivos do CAPS e não apenas no consultório. Esse profissional é um agente social que faz parte da equipe e, portanto, deve compartilhar e interagir com os demais membros do serviço, possibilitando melhor diálogo no processo de trabalho e um cuidado pautado na atenção psicossocial.

É evidenciado um movimento da equipe contra esse modo de organização tradicional médico-centrado, com profissionais preocupados em melhor integrar o médico junto à equipe por uma assistência mais resolutiva e integral. Entretanto, trata-se de um importante desafio promover uma ruptura com o modelo biomédico de atenção e a construção de uma prática articulada entre os profissionais que possa transpor as barreiras da fragmentação para promover um cuidado psicossocial.²⁶

Desse modo, o trabalho em equipe exige o constante envolvimento dos profissionais e a reunião de equipe pode ser uma valiosa estratégia para o encontro destes agentes. Portanto, cabe, aos trabalhadores, potencializar a proposta desse espaço coletivo, desenvolvendo estratégias de

Avaliação da participação dos profissionais...

inclusão, direito à voz e opinião entre todos os profissionais.

CONCLUSÃO

Neste estudo, o processo avaliativo evidenciou a importância da equipe de apoio e do médico psiquiatra se inserirem na reunião de equipe, bem como os limites e dificuldades dessa participação. Destaca-se que a equipe de apoio, por sua aproximação no dia a dia com os usuários, poderia trazer, para a reunião de equipe, importantes informações, além de utilizar desse espaço para compreender melhor a complexidade do cuidado que acontece no universo do serviço, reduzindo medos e ansiedades desse trabalhador.

Em relação ao médico psiquiatra e à sua não participação na reunião de equipe, coloca-se em evidência o modo de trabalho ambulatorial que esse profissional desenvolve no CAPS, com ações individualizadas e sem integração com a equipe. A interação do médico com os demais membros da equipe é de suma importância, pois interfere diretamente no cuidado em saúde mental, no desenvolvimento de ações do plano terapêutico singular como a proposta de alta do CAPS, ou seja, ações complexas que exigem decisões conjuntas e pactuadas na reunião de equipe.

Desse modo, o trabalho de todos os profissionais que estão inseridos no serviço, em contato com os usuários, é fundamental para a construção do cuidado em saúde mental. A participação dos profissionais na reunião de equipe pode ampliar as possibilidades de trocas e informações sobre os usuários, bem como a qualidade de ações terapêuticas. Com isso, a equipe também se sente mais segura para desenvolver as ações, compartilhando informações, conhecimentos, dúvidas e anseios sobre o processo de trabalho no CAPS.

Portanto, o Movimento de Reforma Psiquiátrica convoca a compreender e atentar para as dificuldades que historicamente interferem na construção de práticas coletivas e marcam a complexidade da atenção psicossocial, sobretudo, em unificar os esforços para a transformação dessas práticas no interior dos serviços no território. Assim, cabe às equipes de saúde mental a importante responsabilidade de implicar-se nas mudanças de estruturas, práticas e modos de organização do trabalho que ainda sustentam o modelo asilar.

Por fim, aponta-se, como limites deste estudo, a não participação da equipe de apoio

Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP et al.

e do médico psiquiátrica no grupo focal. Optou-se por respeitar a escolha e a disponibilidade dos profissionais em realizar o grupo focal no momento da reunião geral, na qual, de fato, não há a participação deles, contudo, é importante ressaltar que esses profissionais participaram das entrevistas semiestruturadas e na observação de campo.

REFERÊNCIAS

1. Abrahao AL, Azevedo FFM, Gomes MPC. A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. Trab educ saúde [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 10];15(1):55-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100055&lng=en&nrm=iso
2. Manfrê MM. Redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: a visão dos trabalhadores e gestores de serviços de saúde mental de um município do Estado de São Paulo. Rev Psicol UNESP [Internet]. 2015 [cited 2017 Sept 10];14(1):1-11. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-90442015000100003
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Aug 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
4. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Saude soc [Internet]. 2017 [cited 2017 Sept 15];26(1):155-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso
5. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. From manicomial logic to territorial logic: Impasses and challenges of psychosocial care. J Health Psychol [Internet]. 2016 [cited 2017 May 15];21(3):400-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26987834>
6. Escóssia L. The collective level as a dimension for creation within the field of Public Health. Interface comun saúde educ [Internet]. 2009 [cited 2017 May 11];3(Supl.1):689-94. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/en_a19v13s1.pdf
7. Dornelas RJV, Almeida DL. O papel do médico no CAPS no contexto da reforma psiquiátrica: desafios e avanços observados a partir da experiência no serviço. Academus rev científic saúde [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 15];2(1):1-8. Available from: <https://smsrio.org/revista/index.php/revista/article/view/267/264>
8. Zambenedetti G, Rosa MPP. Descompassos da reforma psiquiátrica: a saúde mental em um município do interior do Paraná. Desafios: Rev interdisciplinar [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 12];1(1):317-35. Available from: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/1090>
9. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. São Paulo: Unicamp; 2011.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Filizola CLA, Milioni DB, Pavarini SCI. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2008 [cited 18 July 2017];10(2):491-503. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/v10n2a20.htm
12. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Cerqueira P, Franco TB. Diálogos Pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial. Novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. Lugar comum [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 19];1:155-78. Available from: http://uninomade.net/wp-content/files_mf/110803120320Lugar%20Comum%2032_33%20completa.pdf
13. Mendenhall E, Silva MJ, Hanlon C, Petersen I, Shidhaye R, Jordans M, et al. Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: Stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. Soc Sci Med [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 21]; 118:33-42. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614004973>
14. Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Development of human resources for work in mental health services. Texto context-enferm [Internet]. 2013 [cited 2017 May 24];22(4):1142-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_33.pdf
15. Santos AFO, Cardoso CL. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. Psicol estud [Internet] 2010

Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP et al.

[cited 2017 Sept 28];15(2):245-53. Available from:

http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDOI/6702/art_SANTOS_Profissionais_de_saude_mental_estresse_e_estressores_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Willrich JQ, Kantorski LP, Antonacci MH, Cortes JM, Chiavagatti FG. De la violencia al vínculo: construcción de nuevos significados para la atención a la crisis. Rev bras enferm [Internet] 2014 [cited 2017 Apr 28];67(1):97-103. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100097&lng=en&nrm=iso

17. Henderson L. Popular television and public mental health: creating media entertainment from mental distress. J Crit Public Health [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 18];1-11. Available from:

<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09581596.2017.1309007?needAccess=true>

18. Dall'agnol CM, Martini AC. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. Texto contexto-enferm [Internet] 2003 [cited 2017 Apr 18];12(1):89-96. Available from:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14154&indexSearch=ID>

19. Silva NS, Esperidião E, Bezerra ALQ, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de Saúde Mental. Rev bras enferm [Internet] 2013 [cited 2017 May 28];66(5):745-52. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500016

20. Bessoni EA, Vaz BC, Koosah J, Campos, FCB. Reflexões sobre a desinstitucionalização e algumas estratégias. Textura Canoas [Internet] 2015 [cited 2017 Aug 12];33(s/n):160-72. Available from:

<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1365>

21. Happell B, Gaskin J. The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: a systematic review. J Clin Nurs [Internet] 2013 [cited 2017 May 26];22(12):148-58. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23170825>

22. Lucchese R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. Rev eletrônica enferm [Internet] 2007 [cited 2017 Sept 10];9(3):883-5.

Avaliação da participação dos profissionais...

Available from:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a28.htm>.

23. Mainarde DC, Matos PCN, Zanetti ACG, Reisdorfer E, Miguel, TLB. Atendimento ao indivíduo com transtorno mental: perspectiva de uma equipe da estratégia de saúde da família. Rev baiana enferm [Internet] 2014 [cited 2017 May 25];28(1):69-78. Available from:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9265>

24. Tavares CMM, Silveira PG, Lima TO, Ferreira RE, Santos GS. Changes in undergraduate education in psychiatric nursing and mental health area: integrative review. J Nurs UFPE on line [Internet]; 2015 [cited 2017 Aug 13];9(12):1329-36.

1. http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6716/pdf_9132

25. Ramminger T, Brito, J. C. “Cada CAPS é um Caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. Psicol soc [Internet]. 2011 [cited 2017 May 13];23:150-60. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400018

26. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. Interface comun saúde educ [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 20];20(57):313-23. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200313&lng=en&nrm=iso

Submissão: 28/05/2017

Aceito: 16/11/2017

Publicado: 15/12/2017

Correspondência

Elitiele Ortiz dos Santos
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Escola de Enfermagem.
Rua São Manoel, 963
Bairro Rio Branco
CEP: 90620-110 – Porto Alegre (RS), Brasil