

Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

"Processo de trabalho de um serviço de atendimento a adolescentes no Distrito
Federal."

GABRIELA LOPES DA SILVA LUSTOSA

Orientadora: Dra. Patrícia Maria Fonseca
Escalda

Co-orientadora: Dra. Clélia Maria de
Sousa Ferreira Parreira

BRASÍLIA– DF
2017

GABRIELA LOPES DA SILVA LUSTOSA

"Processo de trabalho de um serviço de atendimento a adolescentes no Distrito Federal."

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde, como requisito para obtenção do título de Mestra pela Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia.

Área de Concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Linha de Investigação: Políticas, Sistemas E Serviços em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Maria Fonseca Escalda

Co-orientadora: Profa. Dra Clélia Maria de Sousa Ferreira
Parreira

BRASÍLIA– DF

2017

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

LL972p LUSTOSA, GABRIELA
PROCESSO DE TRABALHO DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO
A ADOLESCENTES NO DISTRITO FEDERAL / GABRIELA
LUSTOSA; orientador PATRÍCIA ESCALDA; co-orientador
CLÉLIA PARREIRA. -- Brasília, 2017.
153 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências e
Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. TRABALHO EM EQUIPE. 2. ADOLESCÊNCIA. 3.
PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE. 4. SAÚDE MENTAL. I.
ESCALDA, PATRÍCIA, orient. II. PARREIRA, CLÉLIA, co
orient. III. Título.

GABRIELA LOPES DA SILVA LUSTOSA

**PROCESSO DE TRABALHO DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO A
ADOLESCENTES DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde, como requisito para obtenção do título de Mestra pela Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia.

Área de Concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Linha de Investigação: Políticas, Sistemas e Serviços em Saúde.

Banca Examinadora

1º Membro (presidente):

Profa Dra. Patricia Maria Fonseca Escalda (Membro interno)
Faculdade de Ceilândia - FCE/UnB
2º Membro:

Prof. Dr. Oviomar Flores(Membro externo)
Universidade de Brasília
3º Membro:

Profa. Dra. Sílvia Guimarães(Membro externo)
Departamento de Antropologia- UnB

4º Membro (suplente):

Profa. Dra. Rosamaria Carneiro (Membro interno)
Faculdade de Ceilândia - FCE/UnB

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir chegar até aqui. Considerando a realidade da população brasileira sou muito privilegiada por conseguir alcançar esta etapa, em pouco tempo. Não foi fácil, mas todo o caminho foi prazeroso, recheado de aprendizado.

Ao meu esposo, parceirão de todas as horas, meu motorista profissional, formatador mais que talentoso, meu cólo diário, que me afaga e me ajuda a restabelecer as forças.

Aos meus pais, que não precisaram de tanto estudo na vida, para ensinarem a mim e à minha irmã o que é necessário para viver. Eles e a minha irmã são o ponto final.

Aos meus amigos que incentivaram a caminhada, em especial aos colegas da disciplina Políticas em Saúde, que me apoiaram ao longo do último semestre.

Agradeço aos adolescentes com os quais pude conviver, eles até hoje me inspiram a ser uma profissional melhor e nesse caminho, pude reforçar aprendizados que serão fundamentais para que a felicidade continue na minha história: não abrir mão dos meus princípios e valores, nem de uma boa conversa sincera, carregada de afetividade, pois nos tempos de individualismo em que vivemos, o exemplo continua sendo a melhor forma de educar.

Aos meus queridos colegas do Adolescentro, por serem tão guerreiros e lutarem por uma assistência de qualidade aos adolescentes do Distrito Federal e entorno. Aprendi e continuo aprendendo demais com vocês, espero que este trabalho contribua com nosso cotidiano de trabalho.

À Casandra, minha eterna professora, por continuar caminhando comigo, todos os dias, me enviando versículos que me ajudaram a ser mais forte na caminhada.

Às minhas orientadoras Patrícia e Clélia, a dupla dinâmica mais amável e divertida que conheço. Ouvir as histórias de vocês duas foi um privilégio, contar com o apoio, a *expertise* das duas, foi essencial. Obrigada pela paciência, pelo apoio e pelo incentivo.

*“Assim, quer vocês comam, quer bebam,
quer façam outra coisa, façam tudo para a glória de Deus”*

1 Co 10: 31

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| RESUMO | 13 |
| ABSTRACT | 14 |
| APRESENTAÇÃO | 15 |
| 1. INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.1. Os modelos de atenção e a saúde mental | 17 |
| 1.2. Processo de trabalho em saúde e o trabalho em equipe em saúde mental: tecnologias necessárias ao cuidado. | 22 |
| 2. OBJETIVO | 28 |
| 2.1. Objetivo Geral | 28 |
| 2.2. Objetivos Específicos | 28 |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO | 29 |
| 3.1. Trabalho em equipe | 29 |
| 3.2. O trabalho em saúde com adolescentes | 37 |
| 3.3. Análise de Discurso Crítica (ADC) e o trabalho em equipe- conexões teóricas | 43 |
| 4. METODOLOGIA | 47 |
| 4.1. Local do estudo | 47 |
| 4.2. Participantes da pesquisa | 60 |
| 4.2.1. Profissionais de saúde da equipe multiprofissional | 60 |
| 4.2.2. Adolescentes e responsáveis | 61 |
| 4.3. Tipo de estudo | 61 |
| 4.4. Técnicas e instrumentos | 64 |
| 4.5. Processamento e análise de dados | 76 |
| 4.6. Aspectos éticos do estudo | 88 |
| 5. RESULTADOS e DISCUSSÃO | 90 |
| 5.1. História da criação do Adolescentro, início do trabalho em equipe no serviço. | 90 |
| 5.2. Perfil dos profissionais que participaram da pesquisa | 92 |
| 5.3. Descrição do processo de trabalho da Avaliação Neuropsicológica | 93 |
| 5.4. Processo de trabalho dos grupos terapêuticos | 96 |
| 5.5. Análise de Discurso Crítica das observações participantes | 99 |
| 5.6. Análise temática das entrevistas profissionais | 104 |
| 5.7. Análise de Discurso Crítica da reunião de profissionais do Grupo de Entrada | 120 |
| 5.8. Análise da avaliação do Grupo de entrada | 124 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 129 |
| 7. REFERÊNCIAS | 135 |

| | |
|--|------------|
| 8. ANEXOS E APÊNDICES | 143 |
| 8.1. Anexo A - TCLE profissionais | 143 |
| 8.2. Anexo B - TCLE responsáveis | 144 |
| 8.3. Anexo C - TA adolescentes | 146 |
| 8.4. Anexo D- TAUIS profissionais | 147 |
| 8.5. Anexo E- Questionário para levantamento do perfil dos profissionais do Adolescentro | 148 |
| 8.6. Anexo F- Roteiro entrevista semiestruturada | 149 |
| 8.7. Anexo G- Questionário de avaliação do Grupo de Entrada | 149 |
| 8.8. Apêndica A- Esquema observação participante | 150 |
| 8.9. Apêndice B- Esquema entrevista semiestruturada | 151 |
| 8.10. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa | 152 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|------------------|---|-----------|
| Gráfico 1 | Distribuição percentual da estrutura etária da população – 2011 e 2012 | 49 |
| Gráfico 2 | Distribuição percentual da população com idade superior a 10 anos segundo a quantidade de anos de estudo – Brasil e Distrito Federal – 2011 e 2012. | 50 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------------|--|-----------|
| Figura 1 | Processo produtivo básico de um serviço de saúde | 24 |
| Figura 2 | Distribuição dos objetivos, técnica de coleta de dados e análise e processamento dos dados | 64 |
| Figura 3 | Resumo das técnicas e instrumentos para coleta dos dados da pesquisa | 76 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------------|--|-----------|
| Tabela 1 | Distribuição dos profissionais por categorias e carga horária, Adolescentro, 2016 | 60 |
| Tabela 2 | Distribuição dos participantes da pesquisa segundo tempo de trabalho na unidade, Brasília, 2016. | 92 |
| Tabela 3 | Distribuição das profissões segundo duração das consultas, Brasília, 2016. | 93 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------------|--|-----------|
| Quadro 1 | Organização semanal dos grupos terapêuticos do Adolescentro, Brasília, 2016. | 67 |
|-----------------|--|-----------|

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT- Análise de Conteúdo Temática

ADC- Análise de Discurso Crítica

Aids- Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

ESF- Estratégia Saúde da Família

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

PAV- Programa de Assistência, Pesquisa e Vigilância a Violências no Distrito Federal

PDAD- Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNH- Política Nacional de Humanização

PTS- Plano Terapêutico Singular

PSE-Programa Saúde na Escola

RSB- Reforma Sanitária Brasileira

RP- Reforma Psiquiátrica

SUS- Sistema Único de Saúde

TAUIS- Termo de Autorização de Uso de Imagem e de Som

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROCESSO DE TRABALHO DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO A ADOLESCENTES DO DISTRITO FEDERAL

RESUMO

Introdução: O trabalho da equipe de saúde tem impacto no cuidado prestado ao adolescente. Um cenário facilitador do cuidado que valorize o indivíduo em seu contexto biopsicossocial é necessário. **Objetivos:** Analisar o processo de trabalho em um serviço de atendimento de saúde mental para adolescentes e responsáveis. Descrever o perfil dos profissionais e o processo de trabalho em equipe desenvolvido em um serviço de saúde mental especializado no atendimento a adolescentes no tocante à sua organização e forma de funcionamento, conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca do trabalho em equipe e das práticas de atenção à saúde de adolescentes em unidades de atendimento especializado, identificar a concepção dos profissionais de saúde sobre adolescência, estabelecer nexos entre percepção sobre processo de trabalho e a concepção de adolescência explicitada pelos profissionais de saúde, levantar a avaliação que adolescentes e responsáveis atendidos têm com relação ao atendimento prestado pelo serviço de saúde. **Materiais e métodos:** O local do estudo foi o Adolescentro. Participaram 49 profissionais e 24 usuários. A abordagem foi qualitativa. As técnicas de coleta de dados foram observação participante, entrevista semiestruturada e aplicação de questionários. A análise dos dados quanto ao trabalho em equipe foi realizada com base nas categorias complementariedade, articulação, interdependência, comunicação e diálogo e elaboração de plano assistencial comum. Para a análise da percepção de adolescência, foram levantados os fatores positivos, negativos e biológicos, culturais. Na análise dos questionários da avaliação, as categorias corresponderam ao agrupamento das respostas de cada pergunta, que buscaram avaliar o conteúdo, a participação, a equipe que entrou em contato com os usuários, a equipe que conduziu o grupo, o aprendizado, se houve ou não percepção de mudança na família. Análise de Conteúdo Temática e Análise de Discurso Crítica estruturaram a leitura dos dados coletados. **Resultados:** Os processos de trabalho em equipe da avaliação neuropsicológica, de um grupo aberto e um grupo fechado do serviço foram analisados com relação aos conceitos que são constituintes do trabalho em equipe de Peduzzi. As observações participantes nas reuniões de equipe e a reunião dos profissionais do Grupo de Entrada mostraram relações de poder entre as profissões que compõem quadro dos servidores. A avaliação dos usuários quanto ao serviço foi, de maneira geral, muito positiva. **Considerações finais:** estudar o trabalho em equipe no Adolescentro, procurando enxergar o microuniverso das relações de trabalho, mostrou que a maioria dos servidores possuem opiniões que concordam com a existência do trabalho em equipe. Entretanto, as relações de poder, as disputas por hegemonia entre as profissões no serviço tornam o processo de trabalho em equipe complexo e diverso, ao mesmo tempo em que traduzem um pouco da realidade do cuidado em saúde mental no Brasil. Foram feitas reflexões a respeito da integralidade do cuidado e sobre a importância da educação permanente e da educação em saúde para que servidores e usuários sejam protagonistas do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Trabalho em equipe; saúde mental; adolescentes.

WORK PROCESS OF A SERVICE FOR ADOLESCENTS OF THE FEDERAL DISTRICT

ABSTRACT

Introduction: The work of the health team has an impact on the care provided to the adolescent. A facilitating care setting that values the individual in his or her biopsychosocial context is necessary. **Objectives:** To analyze the work process in a mental health care service for adolescents and caregivers. To describe the profile of the professionals and the teamwork process developed in a mental health service specialized in the care of adolescents regarding their organization and way of functioning, to know the perception of health professionals about teamwork and the practices of Attention to adolescent health in specialized care units, to identify the conception of health professionals about adolescence, to establish links between perceptions about the work process and the conception of adolescence explained by health professionals, Relation to the care provided by the health service. **Materials and methods:** The study site was the Adolescentro. It was attended by 49 professionals and 24 users. The approach was qualitative. The techniques of data collection were participant observation, semi-structured interview and application of questionnaires. Data analysis on teamwork was carried out based on the categories of complementarity, articulation, interdependence, communication and dialogue, and elaboration of a common care plan. For the analysis of the perception of adolescence, positive, negative and biological, cultural factors were raised. In the analysis of the evaluation questionnaires, the categories corresponded to the grouping of the answers of each question, which sought to evaluate the content, the participation, the team that came in contact with the users, the team that led the group, the learning, if any No perception of change in the family. Thematic Content Analysis and Critical Discourse Analysis structured the reading of the data collected. **Results:** The teamwork processes of the neuropsychological evaluation of an open group and a closed service group were analyzed in relation to the concepts that are constituents of the teamwork of Peduzzi. The observations that took place in the team meetings and the meeting of the professionals of the Input Group showed power relations among the professions that make up the staff. The evaluation of the users regarding the service was, in general, very positive. **Final considerations:** studying teamwork in Adolescentro, looking to see the micro-universe of work relations, showed that most of the employees have opinions that agree with the existence of teamwork. However, power relations, disputes over hegemony among service professions make the process of teamwork complex and diverse, while at the same time translating some of the reality of mental health care in Brazil. Reflections were made on the integrality of care and on the importance of permanent education and health education so that employees and users are protagonists of health care. **Keywords:** Teamwork; mental health; adolescents.

APRESENTAÇÃO

Esta seção se mostra importante, na medida em que situa o meu olhar na produção deste trabalho. A pesquisa apresentada ao longo dessa dissertação tem metodologicamente o caminho qualitativo. Embora não seja Etnográfica, uma das técnicas de coleta de dados foi a observação participante. Por isso, é importante explicitar qual o ponto de vista da pesquisadora.

Sou enfermeira, branca, casada e quando fui aceita no Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde com a finalidade de iniciar meus estudos no mestrado, tinha pouco mais de seis meses de graduação. Na mesma semana que fiz minha inscrição no programa, fui nomeada na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Foi uma semana de grandes comemorações e de sentimentos intensos de alegria e incerteza quanto às mudanças que estariam por vir.

A única certeza que tinha era de que continuaria a estudar adolescência, pelo menos isso era o que eu desejava. Fui aprovada com um projeto e quando comecei a trabalhar, a primeira reunião de equipe que participei me encantou (e transformou). Como assim, é possível que todos os servidores de um estabelecimento estejam reunidos em prol da discussão dos processos de trabalho de atendimento aos adolescentes? Ainda não tinha visto aquilo nos mais de cinco ambientes de estágios em que passara durante a graduação. Seria raro?

Na continuidade dos estudos percebi que não somente era possível, como também era necessário e que deveria fazer parte da rotina de outros, senão de todos os serviços de saúde. Ao longo dos semestres também as matérias realizadas permitiram aprofundamento em questões não aparentes, de início, no ambiente de trabalho. As descobertas foram muitas e o aprendizado também.

Ao longo do trabalho, construímos uma linha do tempo dos modelos de atenção à saúde, refletimos sobre o processo de trabalho em saúde, o atendimento à saúde dos adolescentes (que alegria), principalmente sobre o processo de trabalho em equipe no Adolescentro, que é um serviço ambulatorial de saúde mental que atende um público com transtornos mentais leves ou moderados do Distrito Federal e entorno.

Enquanto construía a pesquisa, o processo de formação estava em franco movimento, tanto pelo contato com os ares da Universidade, quanto com servidores que tinham muito mais tempo de trabalho do que eu. Cada disciplina e vivência foi acompanhada das delícias e dos “ais”. Aprendi que a pesquisa qualitativa não tem pretensão de explicar a realidade, quanto menos a totalidade do que é observado. Além disso, que ela tem compromisso com a profundidade do fenômeno estudado. O pesquisador não é neutro, mas busca a imparcialidade por meio de diferentes técnicas de coleta e análise dos dados associados à busca de literatura científica, tudo isso referenciado ao longo do trabalho.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Os modelos de atenção à saúde e a saúde mental.

No campo da saúde, o objeto de trabalho é a produção da saúde, que conta com uma multiplicidade de maneiras de produzir esse cuidado. Nos últimos anos, o modelo biomédico tem sido hegemônico e tem reduzido a dimensão cuidadora na saúde, na medida em que concentra o cuidado nas questões biológicas do ser humano¹.

A partir da década de 70 do século passado, a estrutura política da atenção em saúde no Brasil apresentou expressivas mudanças. Havia o predomínio do uso de tecnologia de ponta e excessiva especialização profissional centrada no âmbito hospitalar. A atenção à saúde era desumanizada, centrada na figura do médico, fragmentada e voltada para a recuperação biológica². Prova desse domínio dos aspectos biológicos sobre outros aspectos constituintes do indivíduo é a maneira como também era processada a educação em saúde.

Stotz³ coloca que a educação em saúde nos moldes tradicionais se configura no agrupamento das ciências sociais e das ciências da saúde voltadas à instrumentalização para o controle dos doentes pelo serviço e para a prevenção de doenças. Os educadores em saúde se apropriam do conhecimento técnico-científico da biomedicina sobre os problemas de saúde das pessoas e passam esse conhecimento como forma de conduta aos usuários. Embora haja uma multicausalidade do processo de adoecimento, frequentemente apenas os fatores individuais e biológicos são levados em consideração, sendo abordadas questões relacionadas à fisiopatologia das doenças.

As bases filosóficas desse modelo biomédico consideram que o homem pode manipular a natureza para o próprio proveito, é separado do seu meio e é considerado objeto de investigação da medicina. Há presença de visão mecanicista, sendo necessária uma engenharia para restauração da saúde, com ênfase na compreensão das ciências naturais para o estudo do homem e das suas doenças e o estudo da natureza da doença acontece sem considerar o próprio ser humano em toda a sua complexidade³.

Considerando uma perspectiva mais biomédica do cuidado aplicada no âmbito da questão mental, os indivíduos são submetidos a viverem dependentes de instituições de cuidado. Isso ocorre porque há uma naturalização dos diagnósticos de Transtornos Mentais. Além disso, a loucura passa a incorporar-se no dia-a-dia e os doentes mentais assumem essa condição fora dos ambientes hospitalares psiquiátricos. Essa condição é subsidiada pelas classificações psiquiátricas pré-determinadas⁴. Em outras palavras, o doente mental continua a ser reconhecido como tal fora do ambiente hospitalar e esse estigma permeia sua vida social cotidiana. Ele passa a ser identificado pelo diagnóstico que recebeu. Brasil⁴ reforça que as condutas profissionais relacionam-se com estados de anormalidade incorrigíveis.

O modelo biomédico, que surgiu no sec. XIX, tem como enfoque a anatomofisiologia das doenças, quando se considera o processo saúde-doença. As principais estratégias de intervenção são o corpo do doente, sem que haja associação com a cultura, a economia, o tempo histórico, as características sociais em que a pessoa vive⁵.

No Brasil, por volta de 1920, o modelo de atenção à saúde passou a ser previdenciário-privatista. Caracterizou-se pelo oferecimento de assistência médico-hospitalar a algumas categorias de trabalhadores, apenas, por meio de seguro-saúde/ previdência. Em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social, houve ampliação da cobertura de saúde por meio do aumento da quantidade de trabalhadores inseridos na economia⁵.

Nesse período, a partir de 1940, houve o fortalecimento da assistência à saúde nos hospitais, cuja referência foi o paradigma flexneriano, que tem concepção mecanicista do processo saúde-doença. Havia uma concepção médico-curativa, um reducionismo na causalidade das doenças associado aos fatores biológicos e focalização da atenção em saúde sobre a doença e o indivíduo. Esse modelo de atenção induziu a fragmentação dos processos de trabalho em saúde, a hierarquização entre diferentes profissões e a proliferação das especialidades médicas⁵.

Concomitantemente ao modelo previdenciário- privatista, no início do século XX, houve no Brasil o modelo de atenção campanhista. Esse modelo tinha como

enfoque o cuidado ao sujeito em coletividade, era higienista. Caracterizou-se por campanhas sanitárias com vacinação obrigatória para o combate à febre amarela, à peste bubônica e à varíola. Esse modelo medicalizou os espaços públicos e ampliou a cobertura de saúde principalmente para as populações menos favorecidas. Seu predomínio se deu até 1960. Ele perdeu força com a coexistência do modelo de atenção à saúde previdenciário-privatista e a consequência disso foi o comprometimento à prevenção e ao controle de endemias em todo o território nacional⁵. Todos esses modelos de atenção à saúde são carregados da concepção biomédica do cuidado. Outros ventos de mudança e correntes diferenciadas de pensamento e de práticas de saúde eram discutidos no país⁵.

Discussões a respeito das práticas de saúde vigentes e das próprias concepções de saúde existentes, no país, geraram grande insatisfação com a assistência de saúde prestada à população. Trabalhadores da saúde, usuários, estudantes da área da saúde, acadêmicos uniram-se em prol da consolidação da saúde como direito a todos os cidadãos brasileiros. O Movimento Sanitário, fruto de intensa mobilização social, que conectou diferentes parcelas da sociedade brasileira, culminou com Reforma Sanitária e a criação do Sistema único de Saúde (SUS)⁵.

O SUS foi criado a partir de amplo debate sobre as condições e direito ao acesso à saúde, debate que considerava um conceito ampliado de saúde, para além da ausência de doenças. A saúde é direito de todos e dever do Estado, consolidada por meio da Reforma Sanitária. Ele gerou modelo de atenção que prima pela continuidade do atendimento⁵.

Na direção contrária ao caminho biomédico de atenção à saúde mental, há a valorização do pensar os processos do cuidado e do trabalho, com ampliação do saber e com o compartilhamento de poderes para que o cuidado aconteça. Há maior demanda de complexificação dos serviços fornecidos aos usuários, necessidade de reorganização institucional e inclusão dos usuários nesse processo, como protagonistas⁴.

Os princípios que regem o paradigma biopsicossocial são: o ser humano é biológico, psicológico e social. A interação dessas diferentes áreas produz diferentes comportamentos. Saúde e doença estabelecem equilíbrio dinâmico, com base na interação dessas três dimensões que compõem o ser humano. O estudo,

diagnóstico e tratamento devem ser baseados em todas essas dimensões, isso porque a determinação das doenças é multifatorial. As ações de cuidado da equipe precisam ser integradas, portanto, visto que a saúde não é responsabilidade de apenas uma categoria profissional. A equipe de saúde precisa ser responsável por cuidar de todas as dimensões⁶.

Com relação a assistência à saúde, o Movimento Sanitário, o paradigma da Reforma Sanitária Brasileira e a constituição do SUS contribuíram com a organização da assistência, que precisa acontecer com base na articulação dentro e fora das diferentes instituições que prestam cuidado à saúde, organizadas por equipes multiprofissionais, trabalhando em rede conjuntamente com a participação social⁷.

O giro de um conceito biomédico de saúde para um biopsicossocial, implica uma série de reconfigurações (ou resignificações) nos sentidos de saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de noções de saúde coletiva, comunidade, controle social, avaliação, corpo, culturas, saberes populares/especializados, participação, cooperação, etc. Esse é o giro da complexidade, do olhar para nossa ação sobre o mundo, sobre o outro e sobre nós mesmos na tensão das múltiplas histórias, contextos, sentimentos e sentidos que se (re)configuram em nós permanentemente^{7, p. 532}.

Intensas discussões sobre a necessidade do trabalho em equipe em saúde aconteceram concomitantemente nessa época, desde meados dos anos 50, partindo do conceito da unicausalidade do adoecimento para a multicausalidade do adoecimento no processo saúde doença. Foi nesse contexto de intensos debates e de muita participação social em que esse termo ganhou força no Brasil, além do que garantia melhor custo-benefício do trabalho médico, ampliação do acesso e da cobertura para a população que seria atendida e abertura à integração de disciplinas e de profissões para que houvesse práticas de saúde a partir da concepção biopsicossocial do processo saúde-doença⁵. Isso porque uma equipe integrada visa assegurar a integralidade do atendimento à saúde⁵.

Um dos instrumentos que faz liga entre o fazer cotidiano das profissões e o processo de trabalho é o saber. Ele faz parte do conhecimento científico. O saber de cada profissão é um conjunto de conhecimentos que é comunicado constantemente entre os profissionais e é legitimado socialmente como cientificamente

fundamentado. Por exemplo, a prática médica produz ação diagnóstica e terapêutica, que se estabelece na restauração da normalidade do corpo anatomofisiológico e acontece por meio da interação médico-usuário⁸.

As outras profissões também têm saberes que não são propriamente ditos a ciência da qual esses conteúdos foram apropriados. Os saberes conectam o fazer cotidiano das profissões com o processo de trabalho, além de representarem o fazer técnico de cada profissão, considerando que sua fundamentação é dada na experiência prática. A partir dessa distinção, os conceitos de multiprofissionalidade e interdisciplinariedade precisam ser discutidos. A primeira está relacionada ao campo das práticas, da interação entre diferentes profissionais e integração de diferentes disciplinas acadêmicas, da divisão do trabalho, da autonomia técnica. A segunda está ligada à ciência, ao intercâmbio de diferentes disciplinas aplicadas no estudo de objetos complexos na investigação científica⁸. A integração dos saberes e dos fazeres é necessária para o cuidado em saúde mental.

A saúde mental é prioridade no mundo atualmente. Devem ser valorizadas diferentes estratégias para melhora da qualidade dos serviços que atendam pessoas em sofrimento psíquico. Isso porque o cuidado está centrado na melhora do indivíduo em liberdade, paradigma defendido pela Reforma Psiquiátrica. Esse modelo de cuidado não é hegemônico, isto é, há também serviços de saúde mental que se baseiam no cuidado manicomial⁹.

Os serviços psicossociais surgiram com o movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciada na Europa e nos Estados Unidos nas décadas de 50 e 60 do século XX, porém chegaram ao Brasil nas décadas de 70, 80 do mesmo século. Entre os serviços extra-hospitalares que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) estão os Núcleos de Atenção Psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial, os ambulatórios de saúde mental. Considerando esse novo paradigma de saúde mental, a família dos pacientes deveria estar inserida em todo o processo de cuidado¹⁰.

A reforma psiquiátrica contribuiu com o desmantelamento de um modo de fazer saúde que era repressor, que separava o sujeito do seu contexto social, impedindo seu crescimento e suas trocas simbólicas¹¹, sendo que esse modo de

fazer estaria associado ao modelo biomédico do cuidado. Para que ela exista na prática, precisa-se de inúmeros instrumentos e ferramentas do cuidado.

O trabalho em saúde mental precisa levar em consideração alguns aspectos como a integralidade das ações de saúde, a interdisciplinaridade como condutora dos processos de trabalho, o acolhimento, a escuta terapêutica e os planos terapêuticos individualizados. O processo de atenção à saúde biopsicossocial, que representa um giro de complexidade no cuidado prestado, acontece de acordo com uma racionalidade prática, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, que estão relacionadas aos aspectos econômicos, culturais, políticos, sociais nos quais o indivíduo vive, produzindo e reproduzindo suas relações humanas¹⁰.

No campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Humanização têm contribuições que são fundamentais e correspondem ao fortalecimento da autonomia dos sujeitos, individual ou coletivamente, a responsabilização na produção da saúde e de sujeitos. Ambas deveriam orientar, na prática dos serviços de saúde, o reposicionamento do sujeito e a valorização da capacidade inventiva, da autonomia, porque o indivíduo é cidadão de direitos. Além disso, deveriam orientar a valorização de diferentes atores no processo de produção da saúde, o respeito à diversidade dos sujeitos, independentemente da idade, cor, religião, gênero, orientação sexual⁴. Tudo isso para melhora da prestação de serviços no cuidado em saúde.

1.2. Processo de trabalho em saúde e o trabalho em equipe em saúde mental: tecnologias necessárias ao cuidado.

O processo de trabalho é a “ação cotidiana permeada pela intersubjetividade, seja do usuário-agente, seja dos agentes entre si”^{8, p. III}. A intersubjetividade acontece quando ocorre o encontro trabalhador-usuário e neste encontro há o reconhecimento de necessidades e de possíveis intervenções. O usuário apresenta sua necessidade e o trabalhador reconhece as possíveis ações, de acordo com o que o serviço pode disponibilizar⁸.

No caso específico dos adolescentes, é importante que exista a garantia de espaços de diálogo entre adolescentes e profissionais de saúde, que, comprovadamente, se configura como um método de produção de cuidado. O resultado disso é a existência de resposta social com vistas à superação das

relações de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), à Aids, assim como à gravidez não planejada e outros problemas comuns na adolescência¹². A construção do processo de trabalho em saúde tem impacto na qualidade do serviço prestado aos adolescentes.

A capacitação da equipe de saúde é fundamental nesse processo, de modo que o próprio trabalho influa nessa rede de apoio social ao adolescente, pela forma como ele é constituído. Para tanto, as ações desenvolvidas com os adolescentes pela equipe de saúde devem ir além da dimensão cognitiva, levando em conta aspectos subjetivos, questões relativas às identidades, às práticas afetivas e sexuais no contexto das relações humanas, da cultura e dos direitos humanos¹². Deve-se dar enfoque ao adolescente como sujeito capaz de transformar a própria realidade.

O objeto de trabalho em saúde é muito complexo, porque incluem em sua realidade expressões físicas, emocionais, psicológicas, que refletem as condições históricas, sociais e culturais dos indivíduos e dos grupos. Além disso, a complexidade do trabalho em saúde acontece porque não se aproxima de uma mera explicação da realidade, mas requer uma descrição rigorosa da realidade somada à sua compreensão⁸.

No campo da saúde o objetivo último é a produção do cuidado e não a cura, e é por meio do cuidado que a cura e a saúde são alcançadas¹. Os elementos constituintes do processo de trabalho, segundo Marx, são: a atividade voltada para uma finalidade (o trabalho), o objeto de trabalho e os meios ou instrumentos de trabalho. Esses instrumentos de trabalho são construções históricas de sujeitos. Eles estão entre o trabalhador e o objeto de trabalho, servindo na direção da atividade de um para o outro⁸.

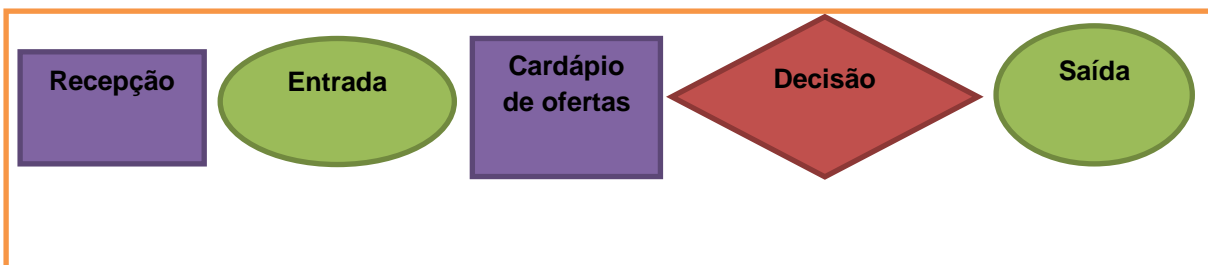
O processo de trabalho em saúde, muitas vezes opera da seguinte maneira: o conjunto dos trabalhos em saúde produzem os atos de saúde que intervêm nos problemas de saúde objetivando um resultado, que é a satisfação da necessidade ou do direito do usuário. Esse processo pode ou não produzir saúde, visto que nem sempre há impacto no ganho de autonomia para que o paciente prossiga em sua vida, ou seja, tenha sua saúde melhorada. Pode-se dizer que o foco desse processo

de produção influirá no resultado alcançado. O foco pode ser o usuário e sua satisfação ou no procedimento realizado para restauração dessa saúde¹.

Considerando uma estruturação geral da produção dos serviços de saúde, pode-se fazer uma descrição de como eles funcionam, através da Figura1, com representação da entrada e a saída do processo de produção dos serviços, com etapas intermediárias da cadeia produtiva em que são consumidos recursos e produzidos cuidados bem definidos, servindo para a abertura de novas etapas da cadeia de produção e por fim, a tomada de decisão de novos caminhos, para alcance das etapas posteriores.

As elipses representam a entrada e a saída do processo de produção dos serviços. Já os retângulos objetivam mostrar etapas da cadeia produtiva em que são consumidos recursos e produzidos cuidados bem definidos, servindo para a abertura de novas etapas da cadeia de produção. Por fim, o losango representa os pontos de decisão de novos caminhos, com momentos de decisão e de novos caminhos para alcance das etapas posteriores. Esse diagrama foi construído como uma maneira de representação da estruturação da produção dos serviços de saúde de maneira geral¹³.

Figura 1- Processo produtivo básico de um serviço de saúde ¹³.



É interessante observar que, independentemente de quem seja o foco desse cuidado, o uso de tecnologias participa da construção do cuidado e estão presentes no conjunto das intervenções assistenciais¹.

Outras tecnologias utilizadas são os conhecimentos materializados nas formas de saber dos profissionais, como o saber da enfermagem, do terapeuta ocupacional, do psicólogo, classificados como tecnologia leve-dura, que é o saber-fazer estruturado de cada profissão¹.

Há também as tecnologias leves. Elas são produzidas pelo trabalho vivo em ato, que significa a ação propriamente dita realizada pelo profissional de saúde, no

encontro entre duas pessoas, nas expectativas dos pacientes e na produção do trabalho pelo profissional. Há criação de momentos de fala, de escuta, de interpretações, de maneira que pode haver acolhimento ou não das necessidades dos usuários e também dos profissionais¹.

É importante ressaltar que as tecnologias leves, caracterizadas pelas relações interpessoais que fazem parte do cotidiano dos serviços, devem também ser associadas com relações interpessoais em que há aspectos negativos. As tecnologias leves podem incluir os conflitos entre as diferentes classes profissionais, as disputas de poder dentro dos serviços, as grosserias que às vezes os usuários são expostos durante o atendimento dos profissionais.

As tecnologias leves são fundamentais para o cuidado, mas uma relação atenciosa, carinhosa do profissional com o usuário, ou com os colegas de trabalho, não pode esconder a dimensão técnica, as tecnologias leve-duras, que são tão essenciais quanto as leves, para a construção do cuidado¹.

Tudo isso pode resultar em momentos de cumplicidade, em que ocorre a responsabilização de ambos em torno do problema a ser enfrentado, momentos de esperança e confiabilidade, em que são construídos os vínculos. Esse aspecto relacional é característico da tecnologia leve¹.

Estudo¹¹ mostra que com a queda do paradigma de atenção à saúde mental para além dos muros dos manicômios está a mudança nas relações interpessoais. Essa mudança passa a ser tão importante, que chega a ser um indicador da qualidade da assistência à saúde tão necessária que a estrutura do serviço, a área física, a quantidade de profissionais.

Segundo Campos, o trabalho da equipe de saúde deve apoiar o usuário a ampliar seu pensamento sobre o contexto sócio-cultural que ele vive, e com isso, reforçar a educação em saúde, de modo que haja ampliação da autonomia e da capacidade de intervenção do usuário sobre sua vida¹⁴.

O vínculo e o acolhimento são tecnologias leves^{15,11}. “Considera-se vínculo a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo”¹⁵, p. 352. Já o acolhimento é o encontro entre o trabalhador e o usuário, em que ocorrem processos tecnológicos, com constituição de processos de escuta,

responsabilização, construção de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção¹⁵.

Quando o acolhimento com formação de vínculos ocorre, tendo em vista o contexto social do indivíduo, há uma perspectiva ampliada de cuidado, há também inclusão do indivíduo e a concretização do princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo qual o desigual é tratado na medida da sua desigualdade.

Portanto, o trabalho em equipe em saúde mental deve permitir o acolhimento dos usuários e a continuação do atendimento, bem como a qualidade do atendimento vai depender da formação de vínculos afetivos entre os profissionais e usuários. O vínculo permite então o compromisso com o cuidado do paciente. O modo como o trabalho em equipe se organiza, o modo como o trabalho em equipe acontece, como a rede de profissionais se comunica pode ter impacto na qualidade do atendimento prestado. O cuidado envolve o empenho de tecnologias leves, leve-duras para que aconteça e seja efetivo.

As tecnologias leves são essenciais para prática da Política Nacional da Humanização (PNH), que nasceu em 2003. O seu contexto de criação envolvia discussões sobre processos de avaliação que caminhassem para a construção de serviços de saúde que fornecessem atendimento universal e igualitário para os usuários. Ela aposta na tríplice inclusão dos sujeitos, que gera autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, do coletivo, que gera fortalecimento das experiências coletivas dos trabalhadores e dos usuários e inclusão dos analadores sociais, que acolhem e aumentam as chances de haver mudança no trabalho.

Há múltiplas dimensões que as necessidades de saúde expressam: biológica, social, econômica, cultural. Há também os objetos de trabalho de cada profissão, que são específicos. Nenhuma profissão consegue sozinha dar conta de trabalhar todas as demandas que essas dimensões geram na vida do indivíduo ou comunidade¹⁶.

Portanto, o trabalho em equipe multiprofissional gera relações de trabalho, de poderes e de saberes, que conjuntamente, baseados em distintas lógicas de julgamento e de tomada de decisão, compartilham e negociam a melhor forma de prestar assistência aos usuários. Essa articulação implica na conexão de diferentes

processos de trabalho, no conhecimento do trabalho das outras profissões e na percepção da necessidade do trabalho do outro para produção de melhor cuidado¹⁶.

É importante destacar que o trabalho em equipe não acontece sem conflitos, com todos trabalhando juntos e sendo as necessidades de todos os profissionais realizadas. Há na constituição desse trabalho o estabelecimento de relações interpessoais, de competição entre os profissionais, de complementariedade entre diferentes ações. O trabalho em equipe acontece quando há um processo de inter-relações, que ocorrem em um espaço-tempo finalidade. Ele tem possibilidades e limites para existir enquanto trabalho movimento. O trabalho em saúde tem especificidades¹⁷.

Existem muitas pesquisas produzidas sobre o trabalho em equipes de saúde mental, mas esses trabalhos são relatos ou estudos de caso. Há, portanto, necessidade de produção de trabalhos que apresentem análises aprofundadas e críticas de como ocorre esse trabalho⁸.

O trabalho em equipe integrado não tem a ver com todos os profissionais fazendo a mesma atividade, como se houvesse apenas uma forma de fazer determinada de agir. Também não se relaciona com a igualdade artificial de todos os trabalhadores, com a equalização de todos os saberes e fazeres dentro da equipe. Ele necessariamente implica numa especificidade de saber e fazer que é característica de cada profissão, além da integração de tudo isso, por meio da articulação entre as diferentes tarefas. Para que ele exista, é necessário haver comunicação e diálogo, integração entre diferentes saberes e entre diferentes profissionais⁸.

O diálogo precisa ser respeitoso, considerando a dimensão humana da comunicação, mas somado a esse fator, ele precisa partir do pressuposto de que todas as profissões são necessárias e importantes para a constituição do trabalho em equipe em saúde, seja essa equipe de saúde mental ou não. O diálogo permite a resolução dos conflitos que são inerentes ao trabalho em equipe e por meio da flexibilidade das regras, acordos, além do compartilhamento das decisões e responsabilidades, o trabalho em equipe passa a existir⁸.

Por fim, as tecnologias leves, as leve-duras, as duras, como o acolhimento, o vínculo, o diálogo, os saberes profissionais, os instrumentos de trabalho, os grupos

terapêuticos, a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária Brasileira, os modelos de atenção à saúde, a inserção da família e do adolescente no cuidado ao doente em saúde mental são elementos que se interconectam e se complementam no processo de trabalho em saúde. Tudo isso influencia o trabalho da equipe em saúde mental.

Estão presentes no cotidiano dos trabalhadores de serviços de saúde mental e influenciam as escolhas de procedimentos, a organização do serviço, o cuidado ao usuário, a constituição da equipe de trabalho. Dessa maneira são importantes para o processo de trabalho em equipes de saúde mental.

É importante ressaltar que há duas tipologias de trabalho em equipe: equipe agrupamento e equipe interação. Na primeira há formação de um grupo, com ajuntamento das ações, dificuldade de comunicação, não compartilhamento de poderes entre as diversas profissões. A fragmentação é sua característica. Já na equipe interação há complementariedade das ações, articulação dos trabalhos por meio da comunicação e do diálogo. Há também recomposição dos processos de trabalho, visando à integralidade do atendimento na saúde. A recomposição dos trabalhos e sua integração andam na contramão da somatória técnica dos saberes e fazeres das profissões que compõem a equipe de saúde mental⁸. Todos esses aspectos serão melhor explicados ao longo do estudo. A aplicação dessas tipologias torna-se necessária para a análise do trabalho em equipe.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Analisar o processo de trabalho de um serviço de atendimento de saúde mental para adolescentes e responsáveis.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever o perfil dos profissionais e o processo de trabalho em equipe desenvolvido em um serviço de saúde mental especializado no atendimento a adolescentes no tocante à sua organização e forma de funcionamento;

- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca do trabalho em equipe e das práticas de atenção à saúde de adolescentes em unidades de atendimento especializado;
- Identificar a concepção dos profissionais de saúde sobre adolescência;
- Estabelecer nexos entre percepção sobre processo de trabalho e a concepção de adolescência explicitada pelos profissionais de saúde;
- Levantar a avaliação que adolescentes e seus responsáveis têm com relação ao atendimento prestado pelo serviço de saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Trabalho em equipe

O trabalho em equipe orienta a organização do trabalho coletivo, chegando a ser o princípio da atividade conjunta coletiva. Ele não é apenas um instrumento de trabalho para determinado fim, mas representa o resultado da reflexão do trabalho conjunto realizado pelos agentes que o colocam em prática⁸.

Ele exige flexibilidade da divisão do trabalho. Implica em dois aspectos: existência de atividade próprias, privativas de cada categoria profissional, por exemplo- ao médico compete a elaboração dos diagnósticos médicos, ao assistente social a concessão de benefícios; mas também implica na existência de atividades comuns, realizadas por diferentes categorias profissionais, sem distinção das ações executadas, por exemplo, a moderação de grupos terapêuticos cujo conteúdo e roteiro sejam previamente definidos. Independentemente do moderador de grupo, temas iguais ou semelhantes serão debatidos e trabalhados terapeuticamente⁸.

O trabalho em equipe multiprofissional pode se dar entre diferentes profissionais de uma mesma categoria e entre diferentes profissionais de categorias distintas. Essa modalidade de atuação é proposta pela Reforma Sanitária, assim como a integralidade das ações em saúde, para melhora da qualidade dos serviços prestados à população. Cada categoria profissional buscar alcançar uma hegemonia. Esses arranjos profissionais, com a interação entre variadas categorias tem tornado o trabalho em saúde muito complexo e peculiar⁸.

Outro ponto destacado, é que a noção de equipe passa por variadas elaborações. O trabalho em equipe tanto pode ser a solução ideal para o trabalho

em saúde, como também pode se apresentar como solução apaziguadora para resolução dos conflitos existentes entre as diversas categorias profissionais. Há na constituição concreta da realização do trabalho em equipe, diferentes fatores associados: a desigualdade social do trabalho, a divisão técnica do trabalho, os diferentes graus de autonomia dos profissionais, a legitimidade técnica dos saberes aplicados à resolução dos problemas⁸.

A constituição de uma equipe de saúde acontece por meio da integração de diferentes processos de trabalho. Nas equipes de saúde, é necessária a manutenção dos diferentes conhecimentos e da hierarquia de autoridade, evitando que haja igualdade artificial dos agentes e, paradoxalmente, a combinação de diferentes graus de polivalência, permitindo, ainda assim, que haja especialização. Logo, não há submissão das diferenças a uma verdade única. Entretanto, é preciso também que haja estabelecimento de relações democráticas entre os seus membros⁸.

Na constituição das equipes de saúde, o trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo e sua compreensão acontece quando são analisadas as interações das desigualdades sociais atribuídas aos trabalhos especializados com as diferenças técnicas de cada profissão, de forma que os trabalhos das diversas áreas profissionais não são apenas distintos tecnicamente, mas também possuem diferentes valores para a sociedade⁸.

O trabalho em equipe visa à quebra de um recorte vertical de processos de trabalho, visa à responsabilização de cada um da equipe por um problema, bem delimitado, com vistas à produção de planejamento e implementação de ações voltadas à resolução dos problemas, além do que visa à superação da excessiva burocratização, que engessa a máquina de serviços. A consequência disso é a diminuição da impessoalidade nas relações trabalhador-usuário. O trabalho em equipe gera a definição clara de responsabilidades para cada trabalhador para cada caso. Isso favorece o vínculo definido e a adscrição individual dos usuários no serviço⁸.

Considerando o conceito de vínculo como “a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo”^{15, p. 352}, a criação de um vínculo pode ser também um mecanismo indutor do trabalho em equipe⁸, visto que os profissionais

podem requisitar a ajuda uns dos outros para a resolução dos casos sobre os quais ele se responsabiliza.

A comunicação e o diálogo viabilizam o trabalho, têm implicações técnicas e éticas. Técnicas, porque são instrumentos para resolução e discussão de casos, sendo meio para alcançar a finalidade da produção do cuidado em saúde. Éticas, porque, além de incluírem as relações interpessoais entre os profissionais, espera-se que sejam respeitadas, no sentido de conhecer, reconhecer e valorizar o trabalho dos demais, não apenas da própria categoria, mas também das outras⁸.

Outro ponto fundamental do trabalho em equipe é a necessidade de que haja a participação de todos os profissionais da equipe de saúde do serviço na produção do cuidado. Isso ocorre na medida em que as demandas e as necessidades dos usuários sejam discutidas pelos diferentes profissionais e ocorra a produção conjunta dos projetos terapêuticos. Para que isso aconteça, as reuniões devem constituir-se em espaços de diálogo, com clima favorável a que todos tenham voz e se sintam participantes do processo de trabalho¹⁶.

Pode-se acrescentar que o trabalho em equipe reforça que os profissionais de saúde precisam uns dos outros e, portanto, a prática profissional precisa romper a lógica de trabalho individualizada e setORIZADA, buscando a produção de serviços de maneira compartilhada e ampliada. Isso porque envolve a autonomia para a resolução dos problemas encontrados e, a ampliação dessa autonomia envolve saber identificar e movimentar as redes das quais os profissionais fazem parte. Essa conquista de autonomia é dinâmica e gera ganhos e perdas gradativas no processo de trabalho¹⁸.

A noção de equipe associa-se etimologicamente à noção de trabalho conjunto em busca de um objetivo a ser alcançado. A realização de uma tarefa ocorre pela união do trabalho de diferentes pessoas. O sucesso depende do empenho coletivo. A diferença entre a equipe e o grupo estabelece-se da seguinte forma: equipe implica ação. O grupo, primariamente, constitui-se por ligações de afeto. A equipe seria um grupo em sua concepção secundária, pois é formada por ligação de pessoas através das suas funções, intervenções⁸.

Conforme abordado anteriormente, há duas tipologias de trabalho em equipe: equipe agrupamento e equipe interação. Na primeira ocorre um ajuntamento de

profissionais, com a justaposição e fragmentação das ações e agrupamento dos agentes. Já na segunda, ocorre a articulação das ações, com construção de possibilidades de recomposição, com superação do isolamento dos saberes e a interação dos agentes⁸.

No trabalho em saúde o profissional precisa ter postura ativa, crítica e reflexiva, capacidade de aprender a aprender. Além disso, precisa fazer identificação dos próprios valores e abertura para a superação dos próprios limites e construções¹⁹. A roda pode criar um ambiente favorável para que essa aprendizagem ocorra e dessa maneira, haja melhora do serviço prestado aos usuários dos serviços, contribuindo com a melhora da competência profissional dos servidores envolvidos no processo de trabalho¹⁴. A forma da organização das reuniões mostra se o serviço tende a ser transformador e se considera as decisões da equipe ou se ele continua subordinado a um modelo médico hegemônico¹⁶.

Há necessidade de destacar, entretanto, que a composição de equipes no serviço não garante a existência do trabalho em equipe. O modo como ocorrem as relações interprofissionais é que permitirá ou não a sua realização. Os aspectos avaliados devem ser: autonomia técnica, a complementariedade e a interdependência das atividades realizadas em conjunto, a elaboração de projetos assistenciais comuns, como são tomadas as decisões. Eles podem levar o trabalho a não ser ou ser uma construção conjunta⁸.

A autonomia que o profissional requer é preciosa para a singularização do atendimento a cada usuário, porque o profissional traduz as normas gerais do serviço para cada caso com que ele se depara. Ao mesmo tempo, caso perceba que seu saber não é suficiente, ele busca nas relações interpessoais do serviço outras possibilidades para completar a intervenção em saúde. Portanto, a autonomia técnica se relaciona com a complexidade do trabalho e com algum grau de incerteza⁸.

Ela existe quando há qualificação intelectual do trabalhador e do espaço de decisão implícito nas ações de saúde. As autonomias dizem respeito a diferentes autoridades técnicas, que são socialmente legitimadas e não apenas tecnicamente estabelecidas. Ela é fundamentada no saber das diferentes profissões. Consiste no julgamento ou na avaliação da situação apresentada pelo usuário e na tomada de

decisão sobre as condutas que devem ser adotadas. A autonomia não exclui a complementaridade e a interdependência dos trabalhos e as diversas possibilidades de troca e interação entre aqueles que trabalham⁸. Portanto a autonomia, se bem utilizada, pode ser facilitadora do trabalho em equipe.

O processo de trabalho se refere à ação humana, ao exercício cotidiano de trabalho⁸. A definição de trabalho segundo Marx é o processo em que o homem atua sobre a natureza modificando-a e sendo modificado por ela. É a ação humana que age no que é externo, colocando no seu objeto de trabalho o que ele tinha conscientemente como alvo de realização. Há uma intencionalidade na sua consecução. Ao trabalhar, o homem coloca a sua atenção no que ele faz. A sociedade, quando trabalha, faz e refaz sua existência, explicitando que o homem é um ser social. O trabalho gera produção material, mas também gera produção de subjetividades, reproduzindo a dialética objetividade-subjetividade⁸.

Portanto, ao estudar o processo de trabalho de várias equipes que cuidam de adolescentes e de suas famílias, consegue-se perceber que a ação humana dessas equipes deveria estar voltada ao objeto de trabalho. As formas como as equipes atuam, podem relacionar-se com a maneira como ela compreende a adolescência. Pode ser que haja uma visão unânime sobre essa faixa etária, como também pode haver várias visões. Esses fatores podem ser determinantes da maneira como o trabalho é realizado. Outra consequência, segundo os conceitos abordados no parágrafo anterior, é que as equipes ajudam na transformação dos adolescentes e das famílias que são tratados, mas as equipes e os profissionais individualmente são transformados pelo trabalho realizado.

Isso porque as pessoas se desenvolvem por meio do trabalho, que é a maneira de modificar a natureza e de transformar-se, por meio da práxis. Ao transformar a natureza e a si mesmo, o homem forma a própria consciência. A práxis inclui a dimensão autocriativa do homem, sendo objetiva quando o homem transforma a natureza e subjetiva quando a subjetividade é construída²⁰.

Os elementos constituintes do processo de trabalho (o trabalho, os instrumentos e o objeto de trabalho), citados anteriormente, se transformam naquilo que precisa ser feito, transformados em ação, submetida às demandas sociais, tendo como força motriz a vontade disciplinada dos sujeitos que produzem. Tudo

isso compõe o processo de trabalho. Em outras palavras, o trabalho somente precisa ser realizado, porque existem necessidades que precisam ser satisfeitas⁸.

No caso do trabalho no serviço de saúde pesquisado, a equipe de saúde é quem realiza o trabalho, os adolescentes e suas famílias são objeto de trabalho e os instrumentos utilizados são variados. Entre eles estão os medicamentos que são prescritos, a comunicação profissional-usuário, técnicas de grupo, utilizadas nos grupos terapêuticos, psicodrama, o próprio conhecimento de cada profissão.

Considerando a divisão técnica do trabalho, há necessidade de compreensão de duas divisões relacionadas ao trabalho manufatureiro. A primeira delas, segundo Marx, mostra que o artesão tem o controle sobre todas as etapas da produção de determinado objeto. O artesão tem o domínio de todas as etapas, desde a concepção do objeto até a consecução de cada etapa envolvida na produção. Já a segunda, o objeto é produzido por diferentes trabalhadores, não havendo conexão entre as diferentes etapas de produção do objeto. O trabalhador, nesse segundo caso, vive a separação entre o trabalho manual e o intelectual, sendo que muitas vezes não conhece o resultado final do produto⁸.

Outro ponto, fundamental nessa discussão da ligação do trabalho realizado pela equipe de saúde e os usuários do serviço, é a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Esse PTS é fundamental quando a atenção psicossocial, foco da Reforma Psiquiátrica, é o modelo de atenção, porque é uma das formas de valorização da opinião dos usuários e de seus familiares. A organização da equipe de saúde e conseqüentemente o seu trabalho estão voltados à construção de um projeto existencial, de caráter político. O PTS inclui na sua construção a noção de complementariedade do trabalho com diferentes profissões, inserindo os saberes técnicos de distintas profissões e especialidades²¹.

O PTS é definido como um plano que designa a maneira como determinada equipe de saúde irá operacionalizar o tratamento do paciente. O referencial são as necessidades da clientela. Essas informações serão cruzadas com os saberes profissionais sobre o cuidado e atenção. Esse cruzamento gera ação e trabalho²².

O trabalho em equipe, o esforço da realização do PTS são formas de conexão do trabalho em saúde com o público alvo do serviço de saúde. Isso porque o PTS é um grande estimulador do trabalho em equipe, visto que ele é produzido quando há

um consenso fundado, obtido por meio de intenso processo de argumentação, em que os participantes do processo têm chances simétricas ao defenderem seus argumentos. Essa liberdade crítica e de debate são condições a serem observadas e levam ao diálogo, estabelecendo emancipação. Isso gera nos participantes do processo interesse, protagonismo, liberdade e igualdade. Os profissionais são, portanto, sujeitos do próprio processo de trabalho¹⁰.

De acordo com estudo que buscou mostrar relação entre a satisfação dos usuários e a dos funcionários de uma empresa em Belo Horizonte²³, o trabalho em equipe é um dos fatores que influenciam a satisfação dos funcionários de determinada empresa. O estudo, que eles realizaram em pequenas e mé³⁸ empresas de *software*, mostrou que o trabalho em equipe, juntamente com boas práticas de Recursos Humanos, como boa comunicação, poder de decisão, são fatores que contribuem para a satisfação dos trabalhadores. Nesse mesmo estudo²³, p. 59 “as organizações que priorizam e incentivam o trabalho em equipe costumam obter resultados superiores, além de valorizar e respeitar as pessoas que trabalham na empresa”, somado ao fato de que o estímulo à participação, ao comprometimento do servidor com a instituição na qual ele trabalha e com o serviço que ele presta são estratégias que fortalecem o gerenciamento de Recursos Humanos.

Embora o estudo citado anteriormente tenha sido realizado em local completamente diferente do que será trabalhado nesta pesquisa, pode-se destacar o valor do trabalho em equipe para a valorização e o respeito de qualquer trabalhador. Também reforça a ideia de que o trabalho em equipe e a autonomia funcionam como facilitadores do processo de trabalho em saúde⁸.

Outra característica que precisa ser destacada acerca do trabalho em equipe é que ele contribui para a vivência do princípio da integralidade do SUS. O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 diz que o SUS é organizado segundo a diretriz do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais” (inciso III)²⁴. A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, no artigo sétimo coloca: a “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (inciso II)²⁵. Portanto, a integralidade é um dos princípios

constitutivos do SUS e sua concretização deve ser perseguida pelos serviços de saúde constituintes do sistema^{24,25}.

Isso porque quando os profissionais conversam entre si e elaboraram o Plano Terapêutico Singular de cada paciente, a equipe evita que a cada consulta haja nova coleta de dados iniciais. Passa a existir uma linha de raciocínio que orienta o tratamento do paciente no serviço e que ajuda com que o ser humano seja compreendido como um ser integral. As ações integradas dos profissionais trabalham para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos pacientes que foram absorvidos pelo serviço, muito embora a integralidade não deva ser entendida apenas no âmbito de um serviço, assim como o inciso II da lei 8080/90 ressalta, que a integralidade também deve ser posta em prática em todos os níveis de complexidade do sistema²⁵.

A integralidade “pode ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades”^{26,p.134}. Para que ela seja construída, é necessário que os trabalhadores utilizem seu potencial criativo juntamente com a equipe de trabalho de forma coordenada para promover a saúde usuário-centrada. Ao centrar no usuário a atenção à saúde, trabalhando em uma equipe multiprofissional, deve procurar conhecer o usuário em todos os seus aspectos: físico, biológico, social, psicológico, cultural, espiritual.

Um exemplo de a aplicabilidade do trabalho em equipe⁸, é a realização de entrevistas iniciais, situações necessárias ao acolhimento dos usuários no serviço, como em um Pronto Atendimento (PA) em unidades ambulatoriais de saúde mental. Acontece por meio da ação de diferentes profissionais não médicos. Pode ser que estejam presentes mais de uma categoria profissional na realização dessas atividades. O papel dos médicos será de retirar dúvidas quanto aos diagnósticos, ajudar a definir os caminhos de acordo com os serviços disponíveis. Desse modo a consulta médica não é a porta de entrada do serviço, mas torna-se uma porta de entrada necessária aos atendimentos a serem realizados⁸.

Portanto, o trabalho em equipe caminha na contramão de alguns problemas que estão listados no Documento base para gestores e trabalhadores do SUS,

referente à PNH. Os problemas são: desvalorização dos trabalhadores da saúde, precarização das relações de trabalho, pouca participação na gestão dos serviços, vínculo fragilizado com o usuário, desapropriação do trabalhador do próprio processo de trabalho. A PNH visa ao resgate de valores como a autonomia, protagonismo, co-responsabilização entre sujeitos, construção de redes de cooperação e construção de vínculos solidários, além da participação coletiva.

No âmbito dos serviços de saúde o trabalho em equipe pode facilitar a vivência desses valores e a superação dos problemas listados entre os trabalhadores e os gestores, muito embora a PNH estenda essa vivência também aos usuários dos serviços. Isso porque um dos desafios a serem superados pelo SUS, proposto no documento citado foi “superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais”^{27, p.16}. A humanização se operacionaliza com o “trabalho em rede com equipes multiprofissionais”^{27, p. 20}.

3.2. O trabalho em saúde com adolescentes.

Na fase da adolescência, o sujeito passa por inúmeras elaborações do que é alteridade. A padronização tecnológica, econômica e social torna mais complexa o contexto da educação na adolescência e, porque não dizer, o trabalho da equipe de saúde com os adolescentes. A escola, e também a equipe de saúde assume ou deve assumir um papel de gerenciamento de conflitos, trabalhando a compreensão das diferenças, possibilitando a convivência social mais harmoniosa²⁸.

De acordo com Cardoso e Cocco²⁹, há dificuldade dos pais e professores conversarem com os filhos e alunos sobre temas ligados à adolescência. Esse papel pode ser direcionado aos profissionais de saúde, que muitas vezes mostram despreparo ao lidar com o problema, tendo dificuldade em conversar com os pais para facilitar o relacionamento com seus filhos. É necessário, portanto, promover um fortalecimento de vínculo entre a equipe de saúde e as famílias. A união e a comunicação entre ambiente de saúde, escola e família representa um cenário importante para isso. A participação ativa do adolescente, repensando sua realidade, nesse processo, pode ser a chave para aproximação dele com os serviços de saúde³⁰.

Outro ponto fundamental é que na adolescência há um enorme trabalho para construção da subjetividade, incluindo o reconhecimento das relações familiares, do

corpo, das relações sociais, das possibilidades de atuação no contexto social. O resultado disso é o reposicionamento do adolescente com relação ao outro²⁸.

Estudo realizado no Distrito Federal, por professoras da área de Psicologia da Universidade Católica de Brasília, em escolas inseridas no Programa Saúde na Escola, abordou a questão da adolescência de modo mais aprofundado. As autoras mostraram que dentre as diversas transformações que eles passam, as mais características são: transformações corporais com repercussões psíquicas e sociais³¹.

Nesse processo de mudança os pais, muitas vezes, perplexos com as demandas de autonomia, abrem mão de sua autoridade. Somado a esse fator, a precariedade de ações de atendimento de saúde a essa faixa etária e o fato de não haver prioridade na implementação de políticas públicas que promovam a saúde e o bem estar são realidades que contribuem para enfraquecimento das redes de suporte social, tão necessárias para vivência de um adolescer saudável³¹.

Há outros elementos que compõem a vulnerabilidade desse grupo populacional: a inserção social, profissional e educacional. Somado a isso, estabelecem-se as dificuldades de serem ouvidos em suas opiniões e necessidades¹².

Considerando que existem adolescências, que dependem do tempo histórico que cada um vive e é influenciada pelos meios de produção de cada época, dar-se-á um panorama da adolescência baseado na teoria histórico-cultural. Não há o intuito de defender posicionamentos corretos ou errôneos com relação à adolescência, mas de apresentar conhecimento que contribua com a melhora do entendimento sobre a fase.

A perspectiva histórico-cultural amplia a concepção de adolescência para além da visão biológica e ajuda a explicar a adolescência socialmente, com base nas influências culturais pelas quais cada indivíduo passa e, não necessariamente, coloca a causa das tensões na adolescência nos hormônios e na sexualidade. Logo há uma contextualização coletiva, com superação da visão negativa sobre a idade. “A classe social que ocupa na sociedade dita o tipo e a qualidade de nutrientes necessários ao bom desenvolvimento físico e mental que o jovem poderá se apropriar ou não”²⁰, p. 27.

A adolescência é a fase da vida muito produtiva na qual ocorre o desenvolvimento das funções psíquicas superiores, o que favorece a formação de conceitos científicos. O desenvolvimento psicológico acontece por causa dos interesses dessa faixa etária e que são vinculados à práxis, e não ao indivíduo intrinsecamente. Há um salto qualitativo expressivo das funções psíquicas superiores, e como consequência, o adolescente pensa diferente da criança, porque funções novas surgiram em sua mente²⁰.

De acordo ainda com essa autora, há uma visão da adolescência naturalizada pela sociedade. As características atribuídas, influenciadas pela Psicanálise são: fase de tensão, com conflitos comportamentais e psíquicos, hostilidade pela separação dos pais, abismo entre as gerações, com instabilidade emocional. A adolescência é vista como natural e normal. Corresponde à transição entre a infância e a idade adulta. E o normal é o adolescente passar por tensões e conflitos, tanto que quando alguma pessoa diz que tem filhos adolescentes, é comum outras pessoas falarem o quão é difícil lidar com essa fase. O processo de desencadeamento da crise da adolescência ocorre quando o indivíduo desperta biologicamente o exercício da genitalidade para a procriação²⁰.

Somado a esse ponto de vista, há mais algumas ideias associadas à adolescência, ideias que são biologicistas, que tratam a adolescência como conflituosa e cheia de tensões, admitindo que nessa fase ocorrem três tipos de luto. O luto pela identidade infantil, pelo qual as referências infantis não caberiam mais naquele corpo, levando à necessidade de uma reestruturação de referências. O luto pela figura dos pais infantis ocorre quando o adolescente começa a enxergar os pais como os genitores são e o efeito disso é a queda deles como figuras de identificação. O luto pelo corpo infantil ocorre devido às alterações hormonais²⁰.

A atitude social reivindicatória, outro comportamento normal para a fase, acontece quando o adolescente percebe precisar exercer papéis sociais. Entretanto, ele também percebe que precisa se ajustar a esses papéis e muitas vezes, sua vontade é tolhida, sendo que não conseguirá fazer aquilo que desejava. Ele então se revolta e procura influenciar o meio em que vive. Outras características atribuídas à adolescência foram: crise de identidade, crise religiosa, tendência grupal, elaboração de filosofias e fantasias. Embora uma corrente não exclua totalmente a outra, a

crítica sobre a visão psicanalítica gira em torno de uma visão idealizada da adolescência, como se fosse uma fase igual para todos os que passam por ela. Essa condição é influenciada por questões hormonais, com viés biológico, desconectada da influência cultural, da influência dos meios de produção de determinada época, do contexto histórico em que cada adolescente vive²⁰.

Entretanto, a visão de adolescência que se liga intrinsecamente com a perspectiva histórico-cultural é diferente. Considerando essa perspectiva, a adolescência seria uma fase de preparação para o mercado de trabalho e para a vida adulta. Isso está relacionado com o aumento do tempo de estudo, o prolongamento do período que eles passam na escola. Dessa forma, a adolescência é uma fase cujas características são construídas com base nas relações sociais, econômicas, com características capitalistas²⁰. Isso nos impõe a necessidade de melhorar a compreensão da época em que vivemos, de melhor compreensão da pós-modernidade, de seus valores presentes no cotidiano. Muitas vezes as pessoas vivem de forma que a pós- modernidade não existisse.

Ela é marcada pela informática, por ideologias de massa, como se o capitalismo tivesse sido superado e a distribuição de renda fosse realidade para todos e todos fossem iguais. Ela leva as pessoas a acreditarem que a luta de classes não mais existe, entretanto está a serviço do capitalismo monopolista de forma extrema, porque a renda continua concentrada nas mãos de poucas pessoas. O gosto pelo que é novo, que leva à troca rápida dos objetos se traduz nas relações entre as pessoas. Tudo fica descartável. As relações entre as pessoas são superficiais e passageiras. Tudo isso naturaliza o individualismo²⁰.

Os aspectos que caracterizam o indivíduo são: “a) a busca do prazer imediato, b) o descompromisso com o outro, c) a falta de motivação para qualquer tipo de trabalho, d) a ausência de perspectiva para si mesmo,(...), e) a banalização da morte, f) a indisponibilidade para qualquer reflexão”. Nessa geração individualista, o homem como ser social tem sido esquecido. Há profundo descompromisso com o outro, descaso com o outro, não há o reconhecimento do valor de quem está próximo de si. As consequências psíquicas para esse indivíduo são: apatia, tédio, consecutivas depressões, estado de pânico, ansiedade^{32,p. 2}. Há que se considerar, segundo a mesma autora, a cultura em que os filhos se inserem.

Muitas vezes, as pessoas convivem com as características dos adolescentes, como se eles tivessem nascido com elas. E, de certa forma, somente a atenção é voltada para determinado comportamento, quando ele é inadequado ou incomoda alguém. Há uma desatenção dos momentos ou desvalorização desses comportamentos enquanto eles estão sendo gerados. Esses comportamentos são produzidos não somente pelos pais, mas pela influência da convivência na escola, pela influência da cultura midiática, pela pós-modernidade, pelo relativismo das ideias, pela informática, pelo consumismo, pelo individualismo que tem sido valorizado mais do que em outras épocas^{20, 32}.

Segundo o desenvolvimento da Psicologia histórico-cultural, o desenvolvimento do homem é influenciado pelo trabalho. Ele se constitui na maneira como o homem transforma a natureza e é também o meio pelo qual o homem é transformado. Isso porque os homens desenvolvem-se psiquicamente em um mundo outrora historicamente construído. Os homens vão adquirindo humanidade, constituindo suas faculdades mentais humanas, por meio do processo educativo, que é o mecanismo de apropriação da cultura²⁰. “Ao nascer, os homens iniciam suas vidas em meio a objetos e fenômenos que as gerações precedentes criaram e deles vão se apropriando conforme se relacionam uns com os outros e realizam atividades e práticas sócio-culturais”^{20, p. 51}.

Essa concepção histórico-cultural é importante para a compreensão do processo de trabalho em saúde e em equipes de saúde mental na adolescência, porque a realidade do trabalho tem se apresentado cada dia mais complexa. Essa teoria ajuda a discutir o sujeito adolescente como fruto de uma sociedade que vive em constantes lutas de classe. A interação dos diferentes fatores econômicos, sociais, culturais torna a realidade complexa. O processo saúde-doença é influenciado pelo contexto em que se forma e se constitui. O ser humano é social, recebe influências incontáveis do contexto histórico-cultural em que vive. Essas influências estão presentes no processo de adoecimento dessa parcela da população.

Quando a teoria histórico-cultural ressalta que há saltos qualitativos e o desenvolvimento cognitivo superior nessa fase, esse aspecto é fundamental para o trabalho com adolescentes, visto que é por meio de conversas, da reflexão que

podem ser discutidos temas os quais vão influenciar a saúde mental e as escolhas que os adolescentes vão fazer a respeito do próprio futuro. A atividade dominante, o que é mais característica socialmente de cada faixa etária, é determinante para o desenvolvimento da função psíquica, segundo Vygotsky²⁰. Essa atividade dominante depende da condição histórica que o indivíduo vive.

A função psicológica superior se desenvolve não apenas por causa dos traços biológicos, que não sofrem tanta mudança ao longo do tempo, mas desenvolvem-se principalmente conectadas ao modo de vida das pessoas. Seus estágios de desenvolvimento acontecem de acordo com a interação com o meio social. Portanto o desenvolvimento psíquico é influenciado pelo meio que o adolescente vive²⁰.

As funções superiores do pensamento, como atenção, memória são mediadas pela cultura. Não são inatas, mas são resultado da constante interação de fatores internos, biológicos, com fatores externos, sociais, culturais e históricos²⁰.

“A atenção, como função psicológica, está relacionada à percepção e à memória, porque nos proporciona a possibilidade de analisarmos fatos, permitindo a seleção dos estímulos recebidos pelo meio, percebê-los e memorizá-los para podermos utilizar no futuro”^{20, p. 89}.

Na faixa etária da adolescência, há diferenças econômicas decorrentes da estruturação social e dependendo da classe em que o adolescente está inserido, as funções determinadas socialmente se diferem. Nas classes mais favorecidas, a realidade social do adolescente é estudar, preparar-se para o futuro. Nas classes menos favorecidas, nem sempre há possibilidade de estudar por muito tempo, nem perspectiva de ter bons empregos, nem boa inserção no mercado de trabalho.

Desigualdades no campo social e econômico geram desigualdades na saúde. Isso significa que o processo saúde-doença não é determinado apenas por fatores internos ou externos ao corpo, mas significa que a saúde é determinada por uma interação de fatores como sociais, econômicos, culturais, históricos, religiosos, ambientais, de saneamento básico, educacionais, sobre os quais nem sempre é possível atuar a curto prazo para modificação desses fatores e também não seja a atuação apenas do setor saúde capaz de resolver o problema de saúde, visto que ela é determinada por fatores que vão além do biológico³³.

Além disso, com vistas a breve reflexão a respeito da inserção do adolescente no mercado de trabalho, pode-se aplicar a realidade da desigualdade social no

âmbito da inserção e da própria prática do mercado de trabalho, visto que as classes sociais mais favorecidas podem dar melhores condições de estudo, que venham a facilitar o ingresso no mercado de trabalho em posições ou profissões com maior valor social. O objetivo dessa reflexão não é dizer da impossibilidade de um jovem ou adolescente negro e pobre ingressar no mercado de trabalho em profissões como engenharia, medicina, direito, mas refletir sobre a dificuldade de acesso que, muitas vezes, as classes menos favorecidas podem ter. Portanto, pensar sobre isso, também pode levar a outra reflexão, quanto ao impacto dessa desigualdade social no trabalho em equipe nos serviços de saúde, visto que estruturas sociais estratificadas levam à existência de injustiças sociais e pessoas de diferentes classes sociais têm diferentes acessos ou mesmo oportunidades diferenciadas de realizarem seus interesses materiais³³.

Os determinantes são causas mais gerais, socioeconômicas, ambientais, culturais de uma sociedade. O controle individual é mais restrito sobre esses fatores. Relacionam-se com os condicionantes de saúde, como ambiente de trabalho, saneamento básico, serviços de saúde³³.

Portanto, é inegável que os fatores biológicos influenciam o atendimento em saúde, entretanto dar enfoque aos aspectos biológicos permite associação do cuidado em saúde restrito às equipes de trabalho biomédicas, diminui o espaço ao atendimento biopsicossocial, e à atuação das diferentes categorias profissionais, prestando cuidado integral ao adolescente, integrando e articulando as ações no processo de trabalho em saúde^{6, 7}. Por isso a teoria histórico-cultural é importante, porque procura enxergar, situar o adolescente no contexto que ele vive e abre possibilidade de conexão com o modelo biopsicossocial, porque enxerga o indivíduo como pertencendo a contextos que vão além dos aspectos biológicos.

3.3.A Análise de Discurso Crítica (ADC) e o trabalho em equipe- conexões teóricas

A ADC é uma abordagem teórica transdisciplinar. Sofreu fortes influências de perspectivas científicas que vinculavam o discurso ao poder, de teóricos como Michel Foucault, Bakhtin. O segundo teórico citado, em seus ensaios filosóficos sobre a linguagem, usou o marxismo e o materialismo histórico para apresentar a linguagem como possuindo estrutura sócioideológica e por isso dá enfoque não

somente à atividade, como também às relações da linguagem entre os diferentes usuários. Para Bakhtin³⁴, o meio social é o organizador da atividade linguística, portanto as palavras e seus significados estão intimamente interconectados com o tempo histórico ao qual pertencem³⁵.

Considerando a luta de classes, característica do Marxismo, cada classe nova que toma o lugar da classe que dominava tende a criar signos e pensamentos com caráter universal, representando-os como os únicos razoáveis e válidos. A linguagem é, portanto, considerando o conceito anterior, interação e produção social. Não há, portanto, respeitando a concepção da interação, um locutor ativo e um ouvinte passivo, mas há, na comunicação, dialogicidade e polifonia de discursos, como nos textos escritos, por exemplo, que fazem sempre parte de uma cadeia dialógica que resgata os discursos anteriores e ecoam, antecipam os discursos posteriores. Portanto, o que é ouvido e compreendido no discurso é posteriormente comentado ou pode até mesmo gerar novo discurso^{36, 35}.

Sendo assim, quando há articulação e debate entre várias vozes, a linguagem se apresenta como espaço de luta hegemônica, porque permite que as contradições sociais e as lutas por poder levem os sujeitos envolvidos na comunicação a selecionarem estruturas linguísticas específicas e determinadas vozes, conectando-as e gerando novas possibilidades. Sendo assim, a ADC ocupa-se em estudar a linguagem como parte irreduzível da vida social³⁵.

Conectando a ADC com o trabalho em equipe, tem-se que a equipe é espaço de comunicação, diálogo, complementariedade, interdependência e articulação entre os diversos trabalhos na saúde⁸. Portanto, o trabalho em equipe é espaço em que há lutas sociais, articulação e debate entre as várias vozes implicadas no processo de trabalho, e é por meio da linguagem, da comunicação que o trabalho em saúde existe. Sendo assim, o trabalho em equipe em saúde é espaço também de luta por hegemonia. Nessa comunicação, há seleção de determinadas estruturas linguísticas que estarão a serviço de projetos de dominação específicos. Na saúde, considerando que existem diversos modelos de atenção à saúde conectados para produção do cuidado em saúde, o embate ideológico entre esses modelos é inevitável.

Esses embates podem facilitar ou dificultar a integração da equipe, a tal ponto que dificulte ou gere ruídos de comunicação, dificultando a integração das ações, a complementariedade e interdependência, a articulação entre os diversos profissionais. Pode ser que aí resida a grande diferença entre a equipe integração e a equipe agrupamento⁸.

A ADC foi termo cunhado por Norman Fairclough, linguista britânico, em artigo publicado em 1985. Consolidou-se como disciplina na década de 90 do século passado. Fairclough continua sendo seu maior expoente, sendo atribuída a ele a Teoria Social do Discurso. A Universidade de Brasília desenvolve estudos críticos da linguagem no país. ADC é importante, pois pode contribuir com os efeitos sociais dos textos, para que possa haver mudança social e até mesmo surja possibilidade de superação de relações assimétricas de poder, considerando que as relações são parcialmente sustentadas pelo discurso. A Teoria Social do Discurso é um modelo tridimensional de análise de discurso. Analisa a prática discursiva, a prática social e o texto em si, o discurso³⁵.

O discurso é prática social, modo de ação, pode ser situado historicamente, constitui-se socialmente, como também constitui as posições de sujeito na sociedade, as identidades sociais, as relações sociais e os sistemas de crenças e valores. O discurso molda e é moldado pela sociedade. Ele estrutura a sociedade e é estruturado por ela. Ele faz parte da mudança, outro aspecto inovador da ADC. Essa relação é dialética^{37, 35}.

Discurso é uma forma de prática social, porque é uma das maneiras de agir e de interagir no mundo. Ele é um dos elementos da vida social que se interconecta com outros elementos, assim como o trabalho em saúde, que se processa de diversas maneiras. Uma delas é por meio da comunicação, das relações entre os discursos dos diversos profissionais que compõem a equipe.

Entre 1992 e 1999 houve um salto na compreensão do modelo tridimensional de análise, porque o discurso deixou de ser o centro da análise e passou a ser um dos momentos da prática social. O impacto dessa mudança para a análise de discurso possibilitou a captação da articulação do discurso com outros elementos da prática social, ampliou o interesse na análise de realidades problemáticas devida a relações de exploração e possibilitou maior amplitude das análises de discurso³³.

Isso porque a prática social conecta as estruturas aos eventos, estruturas essas que são as condições históricas da vida social modificáveis de forma lenta. Eventos são pontuais, algo imediato, ocasional, da vida social. Prática social, eventos e estruturas representam uma continuidade entre o que é abstrato e concreto socialmente. Abarcando eventos e estruturas, existem as conjunturas, que são “conjuntos relativamente estáveis de pessoas, materiais, tecnologias e práticas- em seu aspecto de permanência relativa- em torno de projetos sociais específicos”³⁸, p.22. No contexto da pesquisa, o processo de trabalho em saúde é a conjuntura, porque por meio dele podem ser analisados diversos eventos, como as reuniões, os grupos terapêuticos.

A Análise de Discurso Crítica considera que o discurso não representa apenas a linguagem, mas também a palavra em movimento. Ele forma os processos sociais e é constituído por eles, relaciona-se com valores e crenças. O discurso é importante, porque participa da formação de identidades. Essas identidades interagem na atividade material concreta com comunicação verbal (por meio de palavras, escritas ou faladas), não verbal (linguagem corporal, expressões faciais), para-verbal (sons, ruídos, intensidade da voz). Inclui imagens visuais. O discurso é uma prática social e é um dos elementos semióticos que constituem as práticas. O discurso é forma de exercer poder, ele constitui a formação de valores, crenças, desejos, instituições, modos de relacionamento, práticas materiais. A ADC foi influenciada por Michel Foucault e Antonio Gramsci^{39, 37, 40}.

O discurso constitui as posições de sujeito na sociedade, constitui as relações sociais, modificando-as e promovendo interação entre elas. Ele participa da construção das crenças e valores de dada sociedade. O discurso é resultado dessas três formas de constituições sociais^{35,38}. Os três aspectos constitutivos do discurso correspondem também às três funções da linguagem, identitária, relacional e ideacional³⁷.

A ADC entre 1992 e 2003, sofreu ampliação de significado e compreensão. Ele figura de três maneiras como parte das práticas sociais, na relação entre textos e eventos: modo de ser, modo de representar e modo de agir^{35, 41}.

A função identitária diz respeito à identidade social, como ela se mostra, aparece no discurso^{37, 35}. Essa função é importante porque mostra as imbricadas

identidades sociais em funcionamento, estando relacionadas às distribuições de poder, à reprodução e à mudança social. O estilo de cada pessoa representa sua identidade social³⁵. O estilo relaciona-se com o Significado Identificacional, que possibilita a construção e negociação de identidades no discurso⁴¹.

A próxima função da linguagem é a função relacional. Ela tem a ver com a forma como acontecem as relações sociais, como os discursos se relacionam³⁷ e como essas relações são negociadas no texto³⁵. É representada no discurso no Significado Representacional e mostra aspectos do mundo que a cerca⁴¹.

A função ideacional diz respeito às ideias. Mostra como os textos podem traduzir o mundo que os cerca e ao mesmo tempo dar significado a esse mundo.³⁷ É representada no gênero, no Significado Acional. O texto e suas interações sociais, o discurso e suas interações sociais são foco no Significado Acional⁴¹.

As três funções da linguagem são conectadas da seguinte maneira: identidade conectam-se com os estilos, representação com os discursos e ação com os gêneros. Eles são modos relativamente estáveis de identificar, representar e agir. A análise discursiva exerce posição intermediária entre o texto e seu contexto social, representado pelos eventos, práticas e estruturas^{41,35}.

Outro conceito essencial para melhorar a compreensão da ADC é o conceito de prática social. Ela é a maneira como as pessoas agem e interagem no mundo. As práticas sociais produzem a vida social, estão inseridas em redes de relações de outras práticas sociais e tem dimensão reflexiva, isto é, produzem reflexões sobre as próprias práticas⁴⁰.

4. METODOLOGIA

4.1. Local do estudo

O estudo será realizado no Adolescento, que é um dos serviços de saúde mental do adolescente que faz parte da rede de atenção à saúde do Distrito Federal (DF). Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios⁴², o DF, em julho de 2013, tinha uma população de 2.786.684 milhões de habitantes, sendo a maioria constituída por mulheres (51,98%). Da população, 409.814 tem faixa etária entre 12 e 18 anos, são adolescentes (14,71%). A Região Administrativa (RA) com maior número de adolescentes de 10 a 18 anos é a de Ceilândia, com 74.143 pessoas nessa faixa etária. Entretanto, as RAs com maior porcentagem da

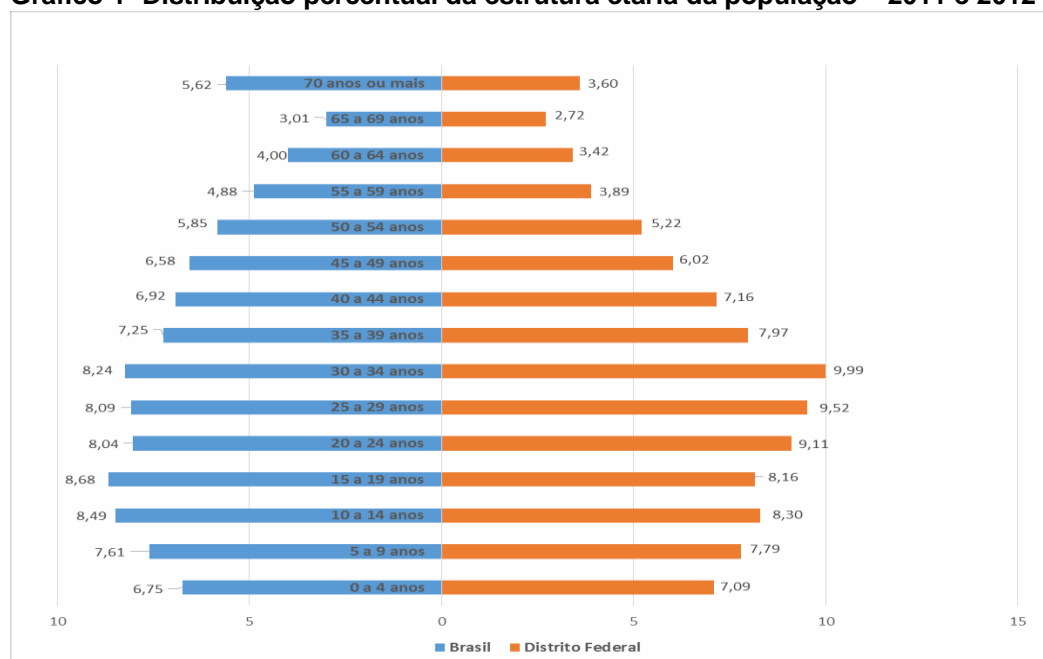
população constituída por adolescentes no DF são: Estrutural (23,87%), Varjão (21,53%), SIA (21,07%), Recanto das Emas (19,76%). A Ceilândia também é a RA com maior número de estudantes de escola pública (105.443).

O Adolescentro faz 3.500 atendimentos mensais, sendo esses atendimentos divididos entre as diversas especialidades e grupos terapêuticos que o serviço oferece tanto para os adolescentes, quanto para suas famílias, segundo informações estatísticas do próprio serviço. Ao longo de um ano, uma estimativa aproximada de 42000 atendimentos. Um fator dificultador do processo de trabalho do serviço é sua localização, na L2 sul. A malha viária de transporte público é limitada e o custo para o deslocamento tem impacto para o acesso.

Atualmente, o serviço atende adolescentes de 10 aos 18 anos incompletos do DF e da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE). O foco da equipe de trabalho são os transtornos mentais leves e moderados, além de vítimas de violência sexual, sendo realizado trabalho da equipe multiprofissional com o adolescente e seus responsáveis. O serviço funciona de segunda à sexta-feira, das 7 às 12h e das 13 às 18h. Somente nas terças feiras de manhã o serviço funciona com atendimentos mínimos, devido à reunião da equipe de saúde.

De acordo com os dados da PNAD⁴³, o Brasil apresentou crescimento populacional de 0,84% em 2012 relativamente a 2011, ao contabilizar uma população de aproximadamente 197 milhões de habitantes. A taxa de crescimento da população do Distrito Federal superou a do Brasil, ao alcançar variação de 1,53%, de 2011 para 2012, atingindo pouco mais de 2,7 milhões de habitantes. No DF há maior proporção de pessoas com idade entre 20 e 34 anos, semelhantemente à população brasileira (gráfico 1). Ainda de acordo com o mesmo Gráfico, verifica-se que a população de adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil corresponde a 17,17% e no DF a 16,46%.

Gráfico 1- Distribuição percentual da estrutura etária da população – 2011 e 2012



Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2012.

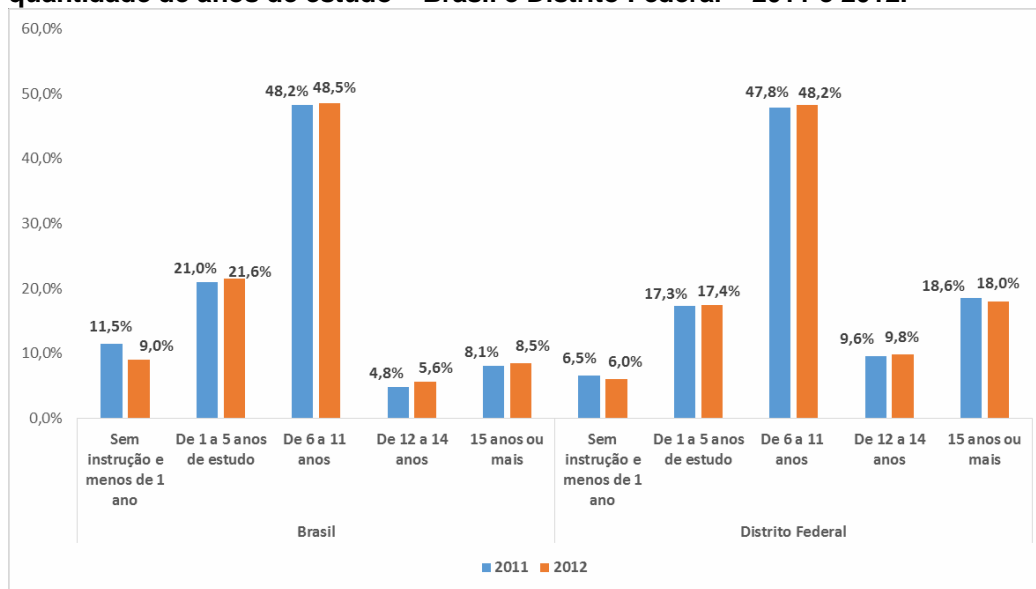
Com relação aos aspectos educacionais, que podem ser visualizadas no gráfico 2, entre 2011 e 2012, a população do DF com idade maior que 10 anos apresentou discreta melhora na quantidade de anos de estudo, característica peculiar do DF. Destaca-se o fato de o DF ter média de população com 15 anos ou mais de estudo muito maior que a média nacional, cerca de dez pontos percentuais.

Os dados referentes ao trabalho infantil registraram diminuição do percentual desse fenômeno no DF no período analisado. Em 2011, 0,50% da população com idade entre 10 e 14 anos estavam nessa situação. Em 2012, o percentual reduziu para 0,44%. Já para a população de 15 a 17 anos, em 2011 o percentual foi de 13% e em 2012 foi de 14,96%. Em comparação com os dados do Brasil para a população de 10 a 14 anos, o percentual correspondeu a 6,00% em 2011 e a 4,77% em 2012. Na população de 15 a 17 anos, o percentual foi de 24,20% em 2011 e de 25,77% em 2012.

No Brasil, o percentual de trabalho infantil é muito superior ao do DF. Isso pode estar relacionado com o maior PIB per capita do DF em relação ao país e a maior quantidade de anos de estudo, 12 anos ou mais de estudo no DF. Entretanto, não pode ser deixada de lado a questão da desigual distribuição de renda no DF, que pode ser vivenciada na visitação das RAs do Lago Sul (região concentração de riqueza) e na Região do Sol Nascente (região com situação fundiária irregular).

Ainda há um enorme desafio de distribuição de renda, melhora das condições educacionais a ser superado tanto no DF quanto no Brasil.

Gráfico 2- Distribuição percentual da população com idade superior a 10 anos segundo a quantidade de anos de estudo – Brasil e Distrito Federal – 2011 e 2012.



Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2012.

De acordo com dados disponíveis da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal, referentes à Diretoria de Saúde Mental (DISAM)⁴⁴, o serviço de atenção à saúde mental no DF conta com cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Adolescente, o Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP), Instituto de Saúde Mental (ISM), Hospital São Vicente de Paulo e Hospital de Base. Destaca-se que existem os CAPS ad, que fazem atendimento aos usuários com problemas de dependência química, os CAPS i, que realizam atendimento às crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e vítimas de violência e os CAPS ad i III, que atendem crianças e adolescentes com problemas graves de dependência química. Desses serviços, aqueles que são disponíveis aos adolescentes de 10 aos 18 anos incompletos são: o Adolescente, o COMPP/ CAPS i, CAPS ad i III (Taguatinga e Brasília). Somado a esses serviços, o Hospital de Base faz atendimento aos adolescentes com transtornos mentais graves com comorbidades clínicas e cirúrgicas associadas.

O estudo será realizado no Adolescente, que é um serviço ambulatorial de saúde mental que, de acordo com Fiorati e Sareki¹⁰, deveria prestar cuidados a pacientes menos graves, dando suporte ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), articulando seus serviços com os da Atenção Básica. Entretanto, no Distrito Federal,

há a presença de um CAPS i, ligado ao COMPP, que realiza atendimento a crianças com transtornos mentais leves a moderados. Há dois CAPs ADi, um em Taguatinga, outro na Asa Norte que faz atendimento a menores de 18 anos, com problemas de uso de drogas⁴⁵.

Devido à escassez de serviços que façam atendimento ambulatorial para adolescentes com transtornos mentais leves e vítimas de violência sexual, há diversidade na composição da equipe multiprofissional do Adolescentro, somado ao fato de haver necessidade de atenção integral à saúde do adolescente. Como este é o serviço que faz atendimento aos adolescentes do DF e entorno com essas especificidades, as gerências da unidade, ao longo dos anos, vem lutando para maior diversificação da equipe de trabalho.

O início das atividades do serviço aconteceu em 1982, ainda na pediatria do Hospital de Base do DF. Em 1998 foi reconhecido como Adolescentro, pelo decreto governamental nº 19620 de 23 de setembro. Somente em 2006 o Centro de Saúde 06 foi transformado em Adolescentro, pela portaria nº 47 de 22 de setembro de 2006⁴⁶.

A organização do Adolescentro, no que diz respeito à assistência ao adolescente e sua família, funciona da seguinte maneira: o serviço tem porta aberta para demanda espontânea, o que significa que qualquer pessoa que tenha necessidade de ser atendida, será acolhida no serviço. Além da demanda espontânea, o serviço recebe encaminhamento de casos de abrigos da cidade, do Tribunal de Justiça do DF (TJDFT), da Vara da Infância, de serviços sócio-educativos, de escolas e dos Conselhos Tutelares. Há um profissional disponível para acolher a demanda dos usuários que chegam, por período de atendimento. Entretanto para os usuários que já são atendidos no serviço e para aqueles que ligam ou visitam o serviço, é dado o aviso de que nas terças feiras o serviço está em reunião de equipe.

Todos os casos novos que chegam diariamente no serviço são recebidos pela equipe de profissionais de enfermagem (técnicos de enfermagem). Nessa etapa, o usuário pode ser encaminhado para a realização da entrevista inicial por profissionais de ensino superior que compõem a equipe de trabalho. Há uma escala, elaborada com base na disponibilidade dos servidores para realização dessa entrevista.

Nela, é preenchida uma ficha com dados do adolescente e da família ou responsáveis (nome, data de nascimento, série na escola, endereço, ocupação dos pais ou responsáveis, passagem por outros serviços de saúde, informações sobre medicações psicotrópicas ou anticoncepcionais que faz ou já fez uso), além do que são coletados dados da história de vida do usuário: com quem mora, qual a renda familiar, como são as relações familiares. Depois de coletados esses dados, o profissional que fez o atendimento procura outros profissionais disponíveis no serviço para discutir os possíveis encaminhamentos que podem ser realizados.

Os critérios de inclusão no serviço, estabelecidos pelos servidores durante as reuniões de terça feira e avaliados durante a entrevista inicial são: ausência na escola há mais de duas semanas consecutivas sem causa aparente justificável; mudança importante no padrão do sono e apetite observados pela família ou escola; tentativa de suicídio com ingestão de medicamentos ou venenos; corte profundo nos pulsos; corda no pescoço; gás; outras atitudes potencialmente letais (se jogar na frente de carros, de pontes); automutilação; agressividade direcionada a outras pessoas; fugas de casa recorrentes; tristeza ou desânimo persistente por mais de duas semanas consecutivas, sem fator estressor aparente; ouvir vozes, associado à mudança de comportamento como isolamento, agitação, medo intenso, descuido da higiene, alteração do sono; impressão de estar sendo perseguido, medo intenso, isolamento, agitação; ideias grandiosas, aceleração da fala, agitação, insônia, comportamento hipersexualizado; usuário que fazia anteriormente acompanhamento psiquiátrico ou neurológico, com uso regular de medicação e que por critério de idade, foi encaminhado a serviço que atenda adolescentes; adolescentes com queixas neurológicas (dor de cabeça persistente, crise convulsiva) que não esteja vinculado a outro serviço neurológico; ansiedade exagerada, mania de limpeza, mania de guardar coisas que não tem utilidade, que trazem incomodo para a família; pacientes que receberam alta recente de internação psiquiátrica que não estão inseridos em outro serviço psiquiátrico ambulatorial; adolescentes com dificuldade de aprendizagem, com encaminhamento da Atenção Básica e Escola; adolescentes em situação de violência sexual; adolescentes com Transtorno do Espectro Autista de leve a moderado; adolescentes abrigados.

Os critérios de exclusão são adolescentes em uso de álcool e outras drogas, que serão encaminhados ao CAPS ad i; adolescentes com queixas exclusivas ligadas a transtornos alimentares (obesidade), que serão encaminhados ao GATA (Grupo de Atendimento aos Transtornos Alimentares) do serviço COMPP ou ao Hospital da Criança.

Usuários vinculados a outro serviço, que necessitam de acompanhamento exclusivamente psicológico, serão encaminhados a clínicas sociais ligadas a instituições de ensino superior particulares do DF, como o IESB, UNIP, UNICEUB. Aqueles que necessitam de acompanhamento ginecológico serão orientados a buscarem o serviço na Unidade Básica de Saúde mais próximo da casa. Os que precisarem de atendimento exclusivo fonoaudiológico, serão orientados a procurarem o serviço no COMPP, no Hospital Regional da Asa Norte, no CER das Regiões Administrativas de Taguatinga, Samambaia e Recanto ou ainda nas Clínicas Sociais. Os usuários que precisarem do serviço de fisioterapia serão orientados a procurarem tratamento também no CER das Regiões Administrativas de Taguatinga, Samambaia e Recanto ou ainda nas Clínicas Sociais e, finalmente, os adolescentes com diagnóstico de Retardo Mental Moderado ou Grave sem transtornos psiquiátricos serão encaminhados pelo Adolescentro ao COMPP ou ao Hospital da Criança ou ao CAPSi. Esses critérios estão sendo reavaliados. Constantemente passam por transformação.

O fluxo contratualizado pela equipe de trabalho durante as reuniões de terça feira, que precisa ser conhecido e introjetado por todos os profissionais que realizam a entrevista inicial, define-se por: casos graves, os profissionais devem acolher, avaliar a real demanda, verificar se preenche os critérios de inclusão do serviço. Caso esteja dentro do rol disponível, ele será encaminhado para o Grupo de Entrada. No caso de não ser atendido pelo Adolescentro, será encaminhado para o serviço pertinente. Pode ser que esses casos esperem um pouco mais de tempo para serem atendidos em grupo, entretanto considera-se que o acesso ao atendimento da equipe multiprofissional qualifique melhor as demandas dessas famílias. Com a diminuição da fila, esses casos estão sendo atendidos mais rapidamente.

Adolescentes com dificuldade de aprendizagem leve ou com TDAH podem ser marcados diretamente para hebiatras ou pediatras, visto que a característica do atendimento é mais simples, além da possibilidade de alta ser mais elevada. Também são orientados a permanecerem sendo atendidos nas Unidades de Saúde mais próximas de casa. Eles ficam na fila de espera normal, porque não são prioridade.

Aqueles que estão em uso de medicação, com patologias neurológicas, atendidos anteriormente em outros serviços, mas atingiram idade limite para o atendimento, vão para o Grupo de Entrada, passam por consulta com hebiatra e posteriormente são encaminhados a neurologia. Casos mais graves são encaminhados mais rapidamente aos hebiatras e destes seguem para a neurologia.

Adolescentes, com transtornos psiquiátricos, advindos diretamente de internação, são marcados imediatamente com a psiquiatria. Caso estejam com uso regular de medicação, deverão ser encaminhados ao Grupo de Entrada e se não estiverem com medicação, devem ser agendados com psiquiatria e concomitantemente encaminhados ao Grupo de Entrada.

Adolescentes em situação de abrigo ou assistidos por outros projetos sociais devem ser encaminhados a grupos específicos, no caso de Abrigo, e cada caso deve ser analisado, conforme critérios especificados anteriormente. Já aqueles com retardo mental moderado devem ser encaminhados diretamente para hebiatria. Por último, vítimas de violência sexual devem ter as fichas de entrevista preenchidas e colocadas em pasta específica do PAV Caliandra.

Durante a entrevista, caso estejam presentes os responsáveis e os adolescentes, é comum ouvirem primeiro os pais sozinhos ou juntamente com o adolescente e depois, ouvir o adolescente sozinho. São garantidos o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas pelos adolescentes aos profissionais de saúde. A equipe explica para eles que as informações somente poderão ser comunicadas aos pais em caso de risco de vida ao próprio adolescente. Nos casos em que os pais ou responsáveis não estão acompanhados dos filhos ou do menor, geralmente é marcado nova entrevista inicial para escuta do menor.

Nesse primeiro contato o objetivo é que a equipe tenha clareza da necessidade do adolescente e da família, inicialmente contada pelos pais ou responsáveis. Para garantir a coerência na história contada pelos pais e adolescentes, muito embora não seja essa coerência um critério de exclusão do serviço, se necessário novos atendimentos são realizados até que se obtenha essa clareza de fatos. No caso de o adolescente estar em vivência de violência sexual, a ficha preenchida é colocada em pasta do grupo PAV Caliandra. Depois a equipe que é responsável pelo grupo avalia caso a caso e distribui na organização dos grupos.

Dependendo do grau de sofrimento mental dos adolescentes, nos casos graves, ele é imediatamente marcado com a psiquiatra responsável por atender os casos do Programa de Pesquisa, Atenção e Vigilância em Violência (PAV Caliandra), que realizará consulta para avaliação do caso. Nos casos menos graves, a ficha de acolhimento dele ficará na pasta do PAV, até que sejam organizados os novos grupos. A equipe do PAV é composta por psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros.

Os Grupos de Entrada existem desde o início do serviço, com diferentes configurações. É importante ressaltar que o objetivo dos grupos de entrada não é esgotar as possibilidades de tratamento, mas realizar educação em saúde relativa à sexualidade, ouvir melhor a história de vida e do problema, tanto do adolescente quanto de seus pais, formar vínculo com profissionais do serviço. Outro objetivo importante desse grupo, é que a equipe multiprofissional discuta cada caso e construa o PTS de cada paciente, conforme as necessidades coletadas durante o acontecimento dos encontros e comece a trabalhar com os pais a captação de estratégias que facilitem as relações entre os membros das famílias, com enfoque no uso da autoridade, manejo da raiva, elogio, abraço.

Os grupos são compostos por aproximadamente quinze adolescentes, quantitativo definido conforme disponibilidade do espaço para realização do grupo. O número de responsáveis varia, pois, às vezes, comparecem no grupo, tios (as), avós (ôs), pais, mães e as reuniões de responsáveis são realizadas no Espaço de Convivência.

No início, os grupos eram realizados por enfermeiras e técnicas de enfermagem, tinham composição de 45 a 60 pessoas. Desde outubro de 2015,

houve reconfiguração da organização e o diferencial foi a participação dos adolescentes e não somente dos responsáveis no processo.

Antes da nova configuração do grupo, havia fila de espera no serviço de mais de 1200 adolescentes e seus responsáveis. O grupo foi um dos responsáveis pela diminuição substancial dessa fila de espera, sendo que em abril de 2017, a fila de espera chegou a ser zerada, segundo informação divulgada em uma das reuniões do serviço.

Esse grupo é importante para o serviço, visto que direciona casos graves de conflitos familiares, tentativa de suicídio, automutilação, dificuldade escolar (representada por mais de duas reprovações), porque é um instrumento de organização e de direcionamento dos usuários, já que sua equipe de trabalho recebe os adolescentes e responsáveis em espaços diferentes, discute o que conseguiram coletar de dados tanto dos responsáveis quanto dos adolescentes, cruza os dados entre a equipe e monta o Plano Terapêutico Singular de cada família no serviço. Costuma-se dizer que o Grupo de Entrada possibilita a criação do caminho inicial das famílias no serviço.

Na nova configuração, há duas equipes de trabalho que conduzem esses grupos, nas segundas-feiras à tarde e nas quintas-feiras pela manhã. A equipe de trabalho da segunda à tarde é composta por cinco profissionais, sendo que dois ficam presentes nos grupos de responsáveis e três no grupo de adolescentes. As especialidades dos profissionais das duas equipes são diferentes, há psicólogos (3), médicos (2), enfermeiros (3), técnicos de enfermagem (2) e fonoaudióloga (1) participando da condução dos grupos. A equipe é composta segundo disponibilidade do serviço.

Uma vez por semana os servidores do Adolescentro se reúnem para avaliação do serviço prestado e para repensar o planejamento do serviço com cronograma fixo. Para que essa atividade ocorra, há redução do atendimento ao público (somente a farmácia funciona). Essas reuniões sustentam a organização e o planejamento do serviço.

A equipe de trabalho senta-se em roda. E nessa roda, ocorre o planejamento e a construção de todo o processo de trabalho do serviço, são tomadas decisões quantos às linhas de cuidado prestadas à população, são definidos novos grupos

terapêuticos para tratamento dos adolescentes em família. Segundo os colegas, o processo de mudança do serviço tem se intensificado a partir de janeiro de 2015. Isso ocorreu devido à necessidade de reestruturação do serviço como um todo, para o atendimento da demanda reprimida, isto é, atendimento dos casos que aguardam na fila de espera. Além do fato da necessidade de a própria equipe aprender a trabalhar melhor conjuntamente. Outra questão indutora do processo de reestruturação do serviço foi a existência de mais de 1200 fichas de acolhimentos sem resposta de atendimento do serviço, com casos que receberam acolhimento em 2014.

Destaca-se que na terça feira pela manhã, todos os servidores devem estar presentes no serviço, desde os técnicos administrativos, até os técnicos de enfermagem, odontólogos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, psicólogos, enfermeiros, médicos. Nessa reunião, são decididos os grupos de trabalho, revistos os grupos terapêuticos, criados novos grupos terapêuticos, decidida a equipe de trabalho (escala) responsável pelos novos acolhimentos e pelos novos grupos terapêuticos, assim como também são definidos quais servidores serão capacitados para condução desses grupos e quais serão responsáveis futuramente pela condução dos grupos, como também é passado resumo das reuniões externas que a chefia participa e o impacto dessas reuniões no serviço.

Outro ponto, é que são avaliados os serviços prestados pela instituição. O que precisa ser mudado ou melhorado. Como exemplo disso, no mês de outubro/novembro de 2015, a equipe se organizou para realização de novo grupo de entrada, composto por vinte fichas de acolhimento provenientes daquelas de demanda reprimida. A equipe combinou que a haveria dois profissionais condutores para o grupo de adolescentes, dois para o grupo de responsáveis, além de mais dois profissionais que seriam capacitados para condução dos novos grupos.

Depois dessa definição na reunião geral, esses profissionais envolvidos no trabalho desse novo grupo realizaram nova reunião. Nela, foram decididos os conteúdos programáticos referentes a cada encontro, foram quatro no total. Passada a realização do grupo, essa equipe de trabalho levou ao conhecimento do grupo todo, na terça, os resultados alcançados e as avaliações que tanto os pais, quanto os adolescentes fizeram desse grupo.

A partir disso, novas estratégias foram discutidas para melhoramento da implantação e condução desse grupo. Novas medidas de condução do grupo de entradas são repactuadas frequentemente e são discutidas a quantidade de encontros iniciais que cada grupo terá com base na disponibilidade das vagas dos médicos hebiatras do serviço.

Nas reuniões da equipe (terça-feira), há também discussão sobre as entrevistas iniciais realizadas. A equipe consegue perceber que quando não há supervisão dos casos-reuniões que deveriam acontecer diariamente, no último horário de trabalho- a tendência é que as marcações de consultas sejam para os profissionais individualmente, sendo que, para os novos objetivos estabelecidos pela própria equipe, cada caso acolhido deveria ser encaixado nos grupos que foram idealizados ao longo deste ano.

Outra atividade realizada na reunião de equipe é o estudo de casos clínicos, elaborados pelos profissionais da equipe. Esses casos são referentes a usuários do serviço, que já estão sendo atendidos há alguns anos e o quadro clínico, psicológico, social não tem apresentado melhora, pelo contrário, por causa de fatores culturais, sociais, familiares, há agravamento da situação do (a) paciente. São discutidas pelos servidores as ações que devem ser tomadas, indicadas novas soluções para o tratamento do usuário, discutidas as medicações, doses sendo utilizadas, impacto da medicação na qualidade de vida do paciente, revistos possíveis deslizes nos tratamentos propostos anteriormente para melhora do tratamento proposto.

Para os servidores ainda iniciantes no serviço a experiência é importante, porque possibilita participar dos momentos de discussão da atuação de cada profissional para além do próprio consultório, além da interação individual profissional-usuário. A discussão e o comprometimento de todos ocorrem para o bem do paciente, visando à rápida recuperação e à alta dele. Outro ponto positivo para todos os servidores é o aprendizado conjunto sobre a atuação de cada membro da equipe multiprofissional, o que melhora o entendimento da importância do exercício de cada profissão na prática cotidiana. Essa prática ajuda para que haja melhor acurácia nos encaminhamentos realizados nas entrevistas iniciais ou até

mesmo na supervisão dos casos, realizadas após a ocorrência dos grupos terapêuticos, durante a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Essa experiência de discussão de caso clínico era realizada anteriormente no serviço, há uns dois ou três anos. A intenção é que ela seja retomada no ano de 2016, sendo realizada uma vez por mês, nessas reuniões que ocorrem todas as terças. Essa prática foi parcialmente concretizada, devido ao surgimento de outras demandas do serviço.

Essa prática de discussão de casos também ocorre ao final de cada Grupo de Entrada (que acontecem nas segundas à tarde e quintas pela manhã) e ao final das reuniões do PAV Caliandra (que acontecem nas segundas pela manhã. São discutidos caso a caso dos integrantes do grupo de entrada, qual encaminhamento dentro do serviço acontecerá. Entretanto, as discussões não são tão aprofundadas, devido ao tempo e ao objetivo da supervisão, que é traçar o PTS de cada novo paciente. A grande diferença está no desenrolar do caso. Não são discutidas as condutas de cada profissão, uma a uma, apenas qual caminho inicial cada paciente irá percorrer, de forma que cada paciente, no próximo grupo, sairá com a próxima consulta marcada no cartão individual identificado com o nome do usuário que o serviço oferece.

O objetivo dos grupos de entrada é acolher os usuários que fizeram entrevista inicial nos anos de 2013, 2014 e 2015, que na época da entrevista não foram considerados casos prioridade no serviço, que não foram atendidos anteriormente devido à falta de servidores e aos casos novos prioritários, que são absorvidos e tratados rapidamente pelo serviço. A partir de outubro de 2015 começaram a acontecer esses grupos, com realização de 1, 2 3 ou 4 encontros. Nos grupos a equipe de trabalho apresenta o serviço, mostrando quais especialidades estão disponíveis para atendimento, explica quais transtornos podem ser incluídos no serviço e também, principalmente, ocorre a instrumentalização dos pais.

Essa instrumentalização ocorre por meio do compartilhamento de saberes e do ensinamento das 5 atitudes, método desenvolvido por uma psicóloga do serviço e um médico psiquiatra que trabalhou anteriormente lá (referência). São estratégias para o desenvolvimento ou melhora da comunicação entre os responsáveis e os adolescentes, para que seja desenvolvido relacionamento mais amoroso e menos

baseado no uso do poder, da violência física e psicológica. Resumidamente, as cinco atitudes compreendem, primeiro, a identificação de que os responsáveis amam os adolescentes, mas não aceitam determinados comportamentos que prejudicam o convívio familiar. Além disso, é importante a comunicação dos sentimentos para gerar mudança no comportamento do outro, ao invés de usar a acusação. Ressalta-se ainda que os responsáveis precisam de estabelecer relações de autoridade, com amor e respeito, na educação dos adolescentes, evitando abuso de poder e uso de violência física e emocional para atingir qualquer resultado. Para selar a aproximação no relacionamento dos responsáveis com os adolescentes, a equipe reforça a importância do elogio, porque ele valoriza o que há de positivo no outro. Por fim, o abraço, que é “o melhor lugar do mundo”, promove a diminuição do distanciamento entre os familiares.

4.2. Participantes da pesquisa

4.2.1. Profissionais de saúde da equipe multiprofissional:

Foram participantes da pesquisa profissionais de saúde que trabalham no Adolescente. A equipe é composta por 54 profissionais, sem contar com os auxiliares de limpeza (5) e seguranças (2), que são terceirizados.

Todos os servidores concursados e regidos pela Lei complementar 840 de 2011 foram convidados a participar do estudo⁴⁷. Apenas aqueles que optaram por participar, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos profissionais e Termo de Autorização de Uso de Imagem e Som. Os dados foram coletados de setembro a dezembro de 2016.

Os profissionais do serviço compõem a seguinte equipe, segundo dados do próprio serviço estão distribuídos conforme a Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos profissionais por categorias e carga horária, Adolescente, 2016

| Categoria profissional | Carga Horária | |
|-----------------------------------|----------------------|-----|
| | 20h | 40h |
| Hebiatras | 0 | 2 |
| Pediatra | 1 | 3 |
| Ginecologista | 1 | 2 |
| Psiquiatra | 2 | 1 |
| Neuropediatra | 1 | 0 |
| Psicólogo | 3 | 3 |
| Enfermeiros | 3 | 3 |
| Técnicos em enfermagem | 0 | 9 |
| Técnicos em Higiene Dental | 0 | 1 |
| Técnicos administrativos | 2 | 4 |

| | | |
|------------------------------|---|---|
| Odontólogos | 1 | 2 |
| Terapeuta Ocupacional | 0 | 1 |
| Assistente Social | 0 | 3 |
| Técnico em Farmácia | 0 | 3 |
| Agente de portaria | 0 | 1 |
| Farmacêutico | 0 | 1 |
| Fonoaudiólogo | 0 | 1 |

Fonte: Dados dos Recursos Humanos.

4.2.2. Adolescentes e Responsáveis

Foram convidados a participar da pesquisa os adolescentes e seus responsáveis que participaram do Grupo de Entrada de quinta de manhã do serviço. Os responsáveis foram convidados a participar da pesquisa no primeiro encontro, mediante assinatura do TCLE. Somente foram entregues os Termos de Assentimento aos adolescentes cujos responsáveis autorizaram a participação. Dessa forma participaram 12 adolescentes e 12 responsáveis.

Critérios de inclusão do adolescente na pesquisa:

- O adolescente precisa ter prontuário no serviço e ter sido atendido em mais de uma consulta ou participado de algum dos grupos terapêuticos que o serviço oferece;
- Aceitarem o convite de participar da pesquisa de forma livre e espontânea, sem recebimento algum de retorno financeiro;
- Disponibilidade de tempo para participação da pesquisa;
- Assinatura do TCLE pelo responsável legal dos adolescentes.

Critérios de exclusão:

- O adolescente não ser paciente do serviço: não ter prontuário no serviço ainda, estar presente apenas para realização de entrevista inicial;
- O adolescente ter realizado apenas uma consulta ou atendimento no serviço;
- O adolescente não ter disponibilidade de tempo;
- Responsáveis não permitirem a participação na pesquisa.

O critério de inclusão dos responsáveis na pesquisa foi ter sido acolhido durante entrevista inicial, ter comparecido ao primeiro encontro do grupo, conforme agendamento. O critério de exclusão foi a não aceitação de participação na pesquisa, mediante recusa de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos responsáveis.

4.3. Tipo de estudo

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa da pesquisa, que tratou da descrição de situações do cotidiano de trabalho para melhorar a compreensão do indivíduo ou grupo de pessoas em si. A pesquisa qualitativa não é quantificável. Não há padronização dos critérios de coleta de dados. Cada realidade se traduz de uma maneira e a representação desses momentos na pesquisa qualitativa exigem criatividade e flexibilidade para a coleta e análise desses dados⁴⁸.

A pesquisa qualitativa é a ciência do que é humano. Ela é fundamental para as ciências da saúde, porque permite conhecer aspectos não identificáveis com outras metodologias. É útil para o conhecimento das ações humanas, para entender e interpretar crenças, valores, condutas e expectativas. Permite conhecer as experiências das pessoas com os serviços sanitários, a adequação dos serviços e contribui para conhecer o contexto social do fenômeno de interesse. É importante para o conhecimento da complexidade da realidade, além de seu dinamismo e pluridimensionalidade⁴⁹.

Além disso, os dados qualitativos são coletados a partir da visão do pesquisador, com valorização da sensibilidade e de sua intuição. O pesquisador deve fazer uma análise científica da realidade, com vistas à reflexão teórico-metodológica. Sendo assim, ele assume uma postura militante. A grande luta se estabelece contra o pertencimento do pesquisador à equipe estudada, evitando que ele deixe de fazer perguntas que seriam importantes cientificamente⁴⁸.

A investigação implica na busca de algo, na explicação de determinado fenômeno, por meio de alguma metodologia. Investigar envolve explicar algum aspecto concreto da realidade, entretanto é impossível conhecê-la por completo. A realidade é complexa e sua totalidade vai além de qualquer tentativa de explicação. O que se faz na pesquisa qualitativa é colocar ou unir peças de um quebra cabeça na tentativa de enxergá-lo em parte, mas assume-se a impossibilidade de sua completude. O investigador precisa assumir postura humilde diante dos fatos, assumindo e compreendendo que toda metodologia de investigação tem sua limitação⁴⁹.

A pesquisa qualitativa busca conhecer a realidade a partir da perspectiva das pessoas investigadas. Os sujeitos da pesquisa são pessoas que pensam, refletem e têm conhecimento. A interação entre pesquisador e participantes da pesquisa

permitiu a construção de um conhecimento formal que foi obtido por meio da interação de diferentes formas de conhecer⁴⁹.

Além disso, a pesquisa qualitativa busca ter uma visão holística do objeto estudado, por isso pretende conhecer de forma mais completa possível dada realidade, sabendo, contudo, que é impossível conhecê-la por completo. Quando o pesquisador se cerca de maneira sensível do contexto social, cultural e histórico da pesquisa, permite-se a captação e interpretação das observações, dos discursos de quem estiver implicado no que está sendo estudado⁴⁹.

Ela busca uma compreensão profunda da realidade que se observa em determinado período de tempo, evitando o conhecimento em extensão, mas assumindo um compromisso com a profundidade do estudo. Esse processo de conhecimento não é estático, é dinâmico e variável. Não procura estabelecer leis universais, mas estuda o contexto natural. Portanto os resultados são aplicáveis nesse contexto. Uma descrição detalhada do contexto e uma reflexão rigorosa dos dados coletados permitem que isso sirva como base teórica para outras análises sobre o assunto em outros contextos históricos, geográficos e temporais⁴⁹.

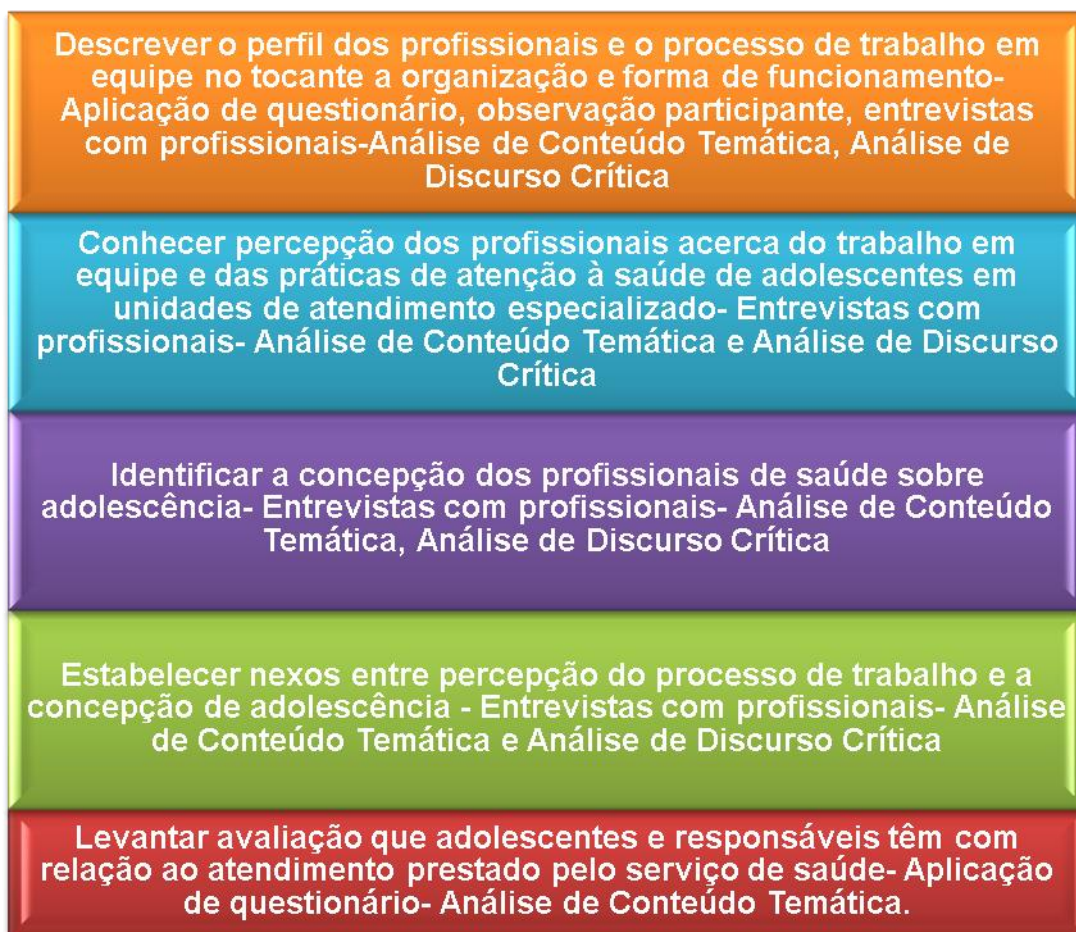
Aplicando essa teoria da pesquisa qualitativa no estudo deste trabalho, tem-se que a descrição do processo de trabalho do serviço busca conhecer o contexto natural do Adolescentro na Secretaria de Saúde do DF. Essa descrição detalhada e a reflexão sobre o processo de trabalho em equipe pode permitir a aplicação do conhecimento gerado em outras realidades ou contextos de trabalho. A coleta de dados foi dinâmica, flexível. Muitas vezes, precisou contar com a criatividade e a flexibilidade da pesquisadora, tanto na condução das entrevistas, quanto na realização das observações participantes, no que concerne à aplicabilidade prática do conteúdo estudado sobre processo de trabalho em saúde, trabalho em equipe, adolescência, saúde mental.

Por fim, a pesquisa qualitativa não é neutra. Ela parte da subjetividade do investigador e dos investigados, isso porque todas as decisões a respeito do processo de construção da pesquisa, que envolvem a seleção da amostra para entrevista, seleção do referencial teórico, escolha do local onde será realizada, mostram a subjetividade do pesquisador e conduzem aos resultados que serão encontrados. Durante todo o processo, há influência, troca, entre investigador e

investigados, e a subjetividade do investigador deve ser aproveitada para se conectar a quem será investigado, permitindo o aprofundamento dos conhecimentos. Por esse motivo, é melhor tratar da imparcialidade do pesquisador, pois é ela que permite a capacidade e a postura de escutar e desvendar o objeto de estudo⁴⁹.

A seguir, a Figura 3 traz uma representação esquemática de distribuição dos objetivos específicos do trabalho, associados às técnicas de coleta de dados, associados às técnicas de análise e processamento dos dados coletados.

Figura 2- Distribuição dos objetivos, técnica de coleta de dados e análise e processamento dos dados, Brasília, 2016.



4.4. Técnicas e instrumentos

A organização das técnicas e instrumentos vai seguir a cronologia da realização da coleta de dados, sendo que as fases de coleta não foram estanques. Na etapa 1 ocorreu a aplicação do questionário para o levantamento do perfil dos servidores, após convite para participação da pesquisa. Na etapa 2 ocorreu a

observação participante dos grupos terapêuticos e nas reuniões de equipe. A etapa 3 correspondeu à realização das entrevistas profissionais do serviço, na etapa 4, ocorreu a aplicação dos questionários para avaliação do serviço pelos adolescentes e responsáveis. Cada técnica e instrumento utilizados serão descritos a seguir.

A. Etapa 1

A pesquisadora fez uma breve apresentação em slides sobre o projeto, para explicar os objetivos gerais e específicos, mostrar parte do referencial teórico da pesquisa. Ao final da apresentação, a pesquisadora disponibilizou-se a responder todas as dúvidas que surgiram e a fazer as alterações no projeto, conforme sugestões dos profissionais do serviço. Em seguida, procedeu-se o convite para a participação na pesquisa, com entrega dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Autorização de Uso de Imagem e de Som e o questionário para levantamento do perfil dos profissionais.

Para realizar o perfil dos profissionais o questionário (Anexo 2) continha as seguintes variáveis: formação profissional, idade, sexo, há quantos anos trabalha nesse serviço, instituições nas quais trabalhou antes do Adolescentro. O questionário foi autoaplicável e entregue aos profissionais no mês de setembro de 2016, em uma das reuniões de equipe (terça-feira).

Enquanto os profissionais respondiam às questões, as dúvidas foram esclarecidas ao longo do processo. Os servidores que não estavam presentes na reunião foram convidados posteriormente, de maneira individual, para participação na pesquisa. O convite foi feito juntamente com a explicitação dos objetivos da pesquisa, a não obrigatoriedade de participação, a entrega dos termos (TCLE e TAUIS) e do questionário. Após o preenchimento, eles foram devolvidos.

B. Etapa 2

Para a realização da técnica de observação participante, a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora que é servidora do Adolescentro e que trabalhava há um mês nesse local. O exercício de distanciamento e de questionamento da realidade dada aconteceu a partir da conexão dos objetivos da pesquisa, com a realidade a ser estudada e com a literatura científica⁵⁰.

Essa técnica serviu para a captação de fenômenos que não foram coletados por meio de perguntas e permitiu coletar os meandros da realidade estudada. Por

ocasião da coleta de dados, realizou-se a confecção de um diário de campo, para o registro do que foi observado no ambiente de trabalho. Também serviu para o registro das angústias e das inquietações que apareceram durante a realização das entrevistas com os profissionais e usuários⁵⁰.

O objetivo das observações participantes era descrever o processo de trabalho em equipe, considerando a organização e o funcionamento das equipes e dos serviços. Ao todo, foram realizadas seis observações participantes nas reuniões de equipe (terça-feira), com a presença da maioria dos servidores lotados no Adolescentro.

A duração de cada observação foi em média de 30 minutos, de acordo com os blocos de discussão temáticos durante cada reunião. As anotações do diário de campo serviram para deixar claros o contexto e o foco da observação, além da impressão que o pesquisador teve durante cada período de observação⁴⁹.

Além disso, procedeu-se a observação de uma reunião de todos os profissionais que conduzem o Grupo de Entrada, para reavaliação das condutas adotadas nos dois grupos, o de segunda e o de quinta. Participaram 16 profissionais, entre eles médicos (hebiatra, ginecologista, psiquiatra, família, pediatra), enfermeiros (5), psicólogos (1), assistente social (1), técnico de enfermagem (2), residentes do programa multiprofissional da Secretaria de Saúde (2). Essa reunião foi gravada pelo celular I Phone 5C e posteriormente as falas foram transcritas.

Também ocorreu a observação participante de grupos terapêuticos que o serviço oferece aos usuários e que houve concordância da participação no estudo pelos profissionais. Esses grupos tinham em sua composição diferentes categorias profissionais. Além disso, eles também tinham processos de trabalho diferenciados, no tocante à organização da equipe antes e após a realização dos grupos, além do fato de serem abertos ou fechados.

Grupos abertos são aqueles que não têm quantidade de encontros delimitada para o usuário ter alta, nem limite do número de participantes, há agendamento prévio do próximo encontro com base nas agendas dos profissionais que conduzem os grupos, entretanto não há temática pré-definida para ser trabalhada. Já os grupos fechados têm quantidades de encontros delimitadas, agendamento prévio nas

agendas profissionais, roteiro esquemático de temas a serem trabalhados e limite de participantes por encontro.

A organização dos grupos do Adolescentro pode ser analisada na tabela abaixo:

Quadro 1- Organização semanal dos grupos terapêuticos do Adolescentro, Brasília, 2016.

| | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta |
|--------------|--|--|---|---|---|
| Manhã | -PAV Caliandra (5 encontros) -Letras que encantam (2 encontros) | -Hatha Yoga (toda terça) | -Grupo de conflito familiar com responsáveis (2 grupos, 1 encontro cada, 1 x ao mês) -Grupo de adolescentes (2 grupos, 1 encontro cada, 1 x ao mês) -Grupo Criar (1 encontro) -Grupo TDAH (1 encontro) | -Hatha Yoga (toda terça) -Grupo de entrada 2 encontros, 2 grupos por mês | -Grupo Alimentação Saudável (2x ao mês) -Grupo Letras que encantam (2 x ao mês) -Grupo do Abrigo (1 x ao mês) |
| Tarde | -Grupo de entrada (2 encontros), 2 grupos por mês. | -TO n'Art (2 encontros) -Oficina de teatro (toda terça) -Grupo da Hora (2 encontros) | -Grupo diversidade-adolescentes (2 encontros) -Grupo Criar (1 encontro) -Grupo TDAH (1 encontro) | ----- | -Grupo Letras que encantam (2x ao mês) |

Fonte: Dados da Pesquisa.

É importante explicar que o PAV Caliandra, os grupos de entrada, o Grupo TDAH, acontecem encontros concomitantes de responsáveis e de adolescentes, em locais separados, com equipes profissionais diferentes. O grupo de Alimentação Saudável acontece com presença conjunta de pais ou responsáveis e adolescentes. A Hatha Yoga é feita apenas com os profissionais do serviço. Os demais grupos são realizados apenas com os adolescentes.

Classificam-se em grupos fechados o PAV Caliandra, o Grupo de Entrada, o Grupo TDAH, o Grupo Letras que Encantam, o Grupo Alimentação Saudável, o Grupo Abrigo.

Do que colocado anteriormente, a seguir, tem-se a descrição da operacionalização de um grupo fechado, grupo de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e um grupo aberto, Grupo de Pais, respectivamente.

O grupo de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tem na sua composição uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira, ambas trabalham 40h semanais. Os encontros acontecem na sala de reuniões (encontro dos responsáveis) e na sala multiuso (encontro de adolescentes), das 8h30 às 10h. Um dos meios de comunicação dos agendamentos com os pais acontece pelo *WhatsApp*. Nos relatos a seguir, a identificação das profissões será retirada.

No grupo de adolescentes elas trabalham o que é o TDAH, utilizando uma cartilha que mostra os sinais e sintomas, depois passam um vídeo de 25 minutos. Depois fazem um trabalho para estimular a atenção dos usuários. Uma das profissionais trabalha como os pais podem se comunicar melhor com os filhos.

Especificamente neste encontro houve poucos participantes que confirmaram presença. A profissional compartilhou que seria o primeiro contato dela com esses pais, sendo que os encontros antecedentes foram realizados por uma psicóloga e uma residente em nutrição.

O grupo teve início um pouco mais tarde do horário previsto, devido a demanda da organização dos pacientes para entrada no grupo, nesse dia compareceu um paciente que não estava agendado e elas não contam com o trabalho de outro servidor, que ajude a organizar essas demandas externas. Outra dificuldade é que quando há finalização do trabalho com os adolescentes, de acordo com roteiro programado, há encontro dos adolescentes com os responsáveis para que as profissionais avaliem as famílias em suas demandas e possam dar as orientações e tarefas necessárias ao desenvolvimento familiar. A grande questão é que nem sempre há um compasso entre a finalização do grupo de adolescentes com a do grupo de responsáveis, o que compromete um pouco o andamento do trabalho.

As orientações são relativas ao uso da medicação, quando indicada e o esforço familiar para o acompanhamento escolar do adolescente no sentido de finalização favorável do ano escolar, assim como contribuir para o estabelecimento das rotinas cotidianas de estudo e de vida.

Para o agendamento do próximo grupo, as famílias foram consultadas no sentido de que houvesse um acerto entre as agendas dos profissionais e dos familiares. Esse grupo de TDAH é fechado, conta com seis encontros programados. No grupo de adolescente há um roteiro para cada encontro. No grupo de pais, há concordância do que vai ser trabalhado com os adolescentes, além da instrumentalização com as cinco atitudes. Há no total quatro grupos diferentes para o TDAH, sendo que um ocorre pela manhã e os outros à tarde. Após os encontros, as profissionais reúnem-se e discutem caso a caso e fazem as evoluções nos prontuários.

O outro grupo analisado ocorreu no Centro de convivência, das 8 às 10h. Os profissionais participantes foram uma psicóloga (40h), enfermeira (40h) e estagiária de psicologia.

As profissionais chegaram ao local do grupo, enquanto uma delas orientava os responsáveis, a outra escrevia no quadro a dinâmica acordada anteriormente para aquele encontro, referente à quarta atitude, que é trabalhar sobre a importância do elogio aos membros da família.

O grupo começou com a mesma rotina dos outros, com uma roda ombro a ombro, para que profissionais e participantes fizessem o contrato terapêutico, que envolve o sigilo, o respeito às informações que serão comunicadas. Havia 16 participantes, sendo 15 mulheres e 1 homem. Logo após todos sentarem, a profissional pediu que a pesquisadora se identificasse, e explicasse qual o objetivo de acompanhar o grupo. E após a concordância de todos os participantes, a pesquisadora iniciou a sua observação.

Ao longo do grupo, as intervenções terapêuticas de uma e da outra se complementavam, no sentido de que a fala de uma não era contrária à da outra profissional e ambas se preocupavam em trabalhar as demandas que surgiam dos responsáveis que estavam presentes. A voz que elas utilizavam era uma voz baixa, carinhosa, que transmitia tranquilidade.

Uma das profissionais começou fazendo uma retrospectiva do grupo passado e solicitando aos participantes que retomasse os acontecimentos do grupo anterior. Após esses procedimentos, a outra complementou com as informações que havia escrito no quadro.

Na prática terapêutica do grupo, uma das profissionais, revela que sentiu que o discurso dos participantes se diferenciava da prática. Durante o grupo, um dos participantes chorou, a outra profissional o acolheu e enquanto isso a primeira profissional começou a contar uma experiência pessoal com o filho, reforçando a ideia de que é importante reconhecer, mesmo que seja pouco, o que o filho tem de bom.

Uma delas continua em pé. A outra relembra a primeira atitude que é separar a pessoa do comportamento, para que o cérebro comece a enxergar os filhos como um todo. A profissional disse que realmente é muito difícil elogiar, porque “a gente recebe uma educação de que não se deve elogiar”.

O *time* do grupo era: os pais compartilhavam suas experiências, elas validavam as falas que fortaleciam as 5 atitudes e explicavam o que havia de ruim quando havia falas carregadas de crenças negativas. A profissional circulava a informação (devolvia o que o participante falava, com outras palavras, jogando para o participante a responsabilidade pelo que estava acontecendo). A mesma trabalhou a prática dos elogios, se utilizando da técnica de estimular os participantes a se observarem e por fim, tecerem elogios uns aos outros. “Como a gente sabe que a gente precisa elogiar muito, a gente vai treinar os elogios para quem está aqui no grupo. A outra complementa dando exemplo de como fazer o elogio. Então a profissional indica uma participante para começar a dinâmica e começa a fazer o elogio e joga o barbante para a participante. Na dinâmica, cada participante fala um pouco de si, confirma ou não o elogio que recebeu. Importante registrar que vários participantes do grupo elogiaram a atuação dos profissionais do Adolescentro, dizendo: “aqui a gente se sente acolhido, nunca vim aqui para me sentir destrutada, por cada profissional daqui”, “você me recebeu no momento de dor e me senti acolhida”. As profissionais também participaram da dinâmica, recebendo e dando elogios. Uma das profissionais falava aos participantes que para “sair do automático” é importante treinar persistentemente a continuar fazendo elogios, citou o exemplo do paratleta da natação Daniel⁴⁰, observando a determinação que ele tem, apesar das limitações física. Ela continuou dizendo: “Como eu posso mudar? Começando a treinar o que é bom. É preciso colocar as atitudes em prática”. Às vezes é preciso lembrar que os pais tem autoridade: “Eu sou sua mãe, você é meu filho, eu te amo

muito, e não aceito que você me desrespeite”. As profissionais adotavam a conduta de escutar mais do que falar, acolhendo as demanda e orientando os participantes. Reforçam que é importante os pais treinarem ter o auto-controle.

Como o serviço trabalha com uma visão sistêmica do atendimento aos pacientes, percebi que a minha presença no grupo, com o computador, talvez tenha impellido os participantes a falarem tão bem, a elogiarem muito o serviço. Ao final, cada participante assinou o Livro Ata, acrescentando o nome e a data de nascimento do filho.

A cada encontro, por ser aberto, há o reforço, o trabalho das cinco atitudes. O conteúdo é baseado no que os profissionais observam da fala de cada participante. Há cada encontro uma das atitudes é reforçada, mas todas as cinco atitudes são mencionadas. Não há uma quantidade certa de encontros, os participantes não são fixos, cada um tem um tempo específico de tratamento e os encontros acontecem mensalmente.

Ao final de cada grupo, as atividades são relatadas, em que são anotados os conteúdos de cada grupo, as principais falas dos participantes, para que no próximo encontro quem estiver para conduzir o grupo saiba o que foi trabalhado anteriormente. Outra atividade desenvolvida é que as profissionais se reúnem, discutem o que observaram e anotam nos prontuários as mudanças do comportamento. Cada profissional também conta como se sentiu em relação ao grupo e como sentiu a dinâmica do grupo. No prontuário, as profissionais lêem as evoluções relatadas sobre o caso e também se inteiram sobre as informações do primeiro encontro do usuário com o serviço.

C. Etapa 3

A próxima técnica de coleta de dados realizada foi as entrevistas com os profissionais do serviço. A escolha das entrevistas como uma das técnicas de coleta de dados ocorreu por ser uma das maneiras de captação da fala dos diversos atores sociais. Não são neutras ou despretensiosas. Podem ter sido iniciadas com perguntas referentes à história de vida do entrevistado, técnica que ajudou no aprofundamento das informações coletadas, permitiu melhor aproximação e a liberação de pensamentos críticos reprimidos, em tom de confiança, desvelando um olhar atencioso sobre a vivência dos profissionais⁵⁰.

As perguntas utilizadas para a captação dos dados visavam a uma aproximação com a realidade estudada, para construção de um conhecimento sobre ela. O respeito deve sempre pautar a aproximação com os participantes da pesquisa, sendo que o pesquisador precisa estreitar as relações com o campo de estudo e com as pessoas presentes nele. Cada conquista nos relacionamentos é viabilizada pelo diálogo⁵⁰.

Cada uma teve duração de aproximadamente trinta minutos, e foi acordado previamente com os profissionais o melhor dia e horário em que cada entrevista seria realizada, de modo que o critério de inclusão foi disponibilidade de horário e vontade de participar da pesquisa, depois que os objetivos foram especificados. Os critérios de exclusão foram a não disponibilidade de horário para a realização da entrevista, além da não assinatura do TCLE e do TAUIS. O instrumento utilizado foi um roteiro, com perguntas abertas, disponíveis no anexo 3 deste trabalho. As entrevistas e observações participantes foram realizadas no período de setembro a dezembro de 2016.

As entrevistas são recomendadas como fonte de coleta de dados quando o objetivo da pesquisa é reconhecer valores, práticas, em que conflitos e contradições não estejam totalmente explicitados. Elas permitem ao pesquisador fazer um mergulho em profundidade, coletando o modo como os atores sociais percebem sua realidade. Permitem o levantamento de informações consistentes, possibilitando a compreensão e a descrição de lógicas, presentes nas relações que se estabelecem em um grupo. Em contrapartida, não são recomendadas quando o anonimato dos participantes da pesquisa precisa ser preservado e eles pertencem a uma comunidade em que sua trajetória e suas falas podem ser facilmente identificadas pelos outros integrantes do grupo⁵¹.

Para que uma boa entrevista aconteça é necessário tomar alguns cuidados: os objetivos da pesquisa precisam ser claramente explicados pelo pesquisador, além do que ele precisa ter conhecimento em profundidade do local em que será realizada a pesquisa (informantes privilegiados, cuidadosa revisão bibliográfica, leitura de estudos precedentes). Outros cuidados a serem tomados são: introyção do conteúdo das perguntas da entrevista, alguma informalidade, sem perder de vista

o objetivo e o roteiro da entrevista, com planejamento de como aconteceria cada encontro⁵¹.

No total, realizaram-se 16 entrevistas, com as seguintes categorias profissionais: 2 enfermeiros, 2 médicos psiquiatras, 1 médico ginecologista, 2 psicólogos, 1 assistente social, 2 técnicas de enfermagem, 2 hebiatras, 1 terapeuta ocupacional, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, 1 fonoaudiólogo.

A duração de cada uma foi de aproximadamente 30 minutos, sendo a menor entrevista de 9 minutos e a maior de 54 minutos. O tempo total de gravação foi de 8h 10 minutos. O roteiro aplicado aos profissionais foi o mesmo. Algumas perguntas diferentes foram realizadas, de acordo com o próprio andamento da entrevista, indicando que a entrevista é semiestruturada. O dia e o horário de cada uma delas foram acordados previamente com cada profissional, de acordo com a disponibilidade na agenda deles. Alguns optaram por fazer o agendamento de horários, outros, de acordo com disponibilidade no serviço, em algum horário mais livre. Os excertos das entrevistas foram identificados como EP1, EP2 e assim por diante.

Os aspectos analisados em cada entrevista estão expostos a seguir⁵⁰.

Para a gravação das entrevistas foi utilizado um celular Iphone 5C, de acordo com roteiro, nos consultórios do serviço, ambiente em que ficava garantida a confidencialidade das informações coletadas.

Ao realizar uma entrevista, o pesquisador permite que quem é entrevistado reflita sobre si mesmo, refaça seu percurso de vida, pense sobre sua cultura, seus valores. Ele instiga o entrevistado a formar novas relações sobre o que pensa e a organizá-las. Esse processo pode até dar novo sentido à vida de quem é entrevistado. Ele se legitima como interlocutor de sua realidade, circunstância que outrora talvez não fosse possível⁵¹.

D. Etapa 4

A outra técnica utilizada, para captar a avaliação que os responsáveis e os adolescentes tiveram sobre o processo de trabalho empregado para a realização dos Grupos de Entrada foi a aplicação de questionário, nos dois encontros do grupo, nas quintas feiras de manhã, em novembro de 2016.

A escolha do Grupo de Entrada para aplicação do questionário de avaliação do serviço deveu-se à própria natureza do grupo. Eles existem desde o início do serviço, com diferentes configurações. Resumidamente, no início, os grupos eram realizados por enfermeiras e técnicas de enfermagem, tinham composição de 45 a 60 pessoas. Desde outubro de 2015, houve reconfiguração da organização e o diferencial foi a participação dos adolescentes e não somente dos responsáveis no processo.

Os grupos são compostos por aproximadamente quinze adolescentes, quantitativo definido conforme disponibilidade do espaço para realização do grupo. O número de responsáveis varia, pois, às vezes, comparecem no grupo, tios (as), avós (ôs), pais, mães e as reuniões de responsáveis são realizadas no Espaço de Convivência.

Antes da nova configuração do grupo, havia fila de espera no serviço de mais de 1200 adolescentes e seus responsáveis. O grupo foi um dos responsáveis pela diminuição substancial dessa fila de espera, sendo que em abril de 2017, a fila de espera chegou a ser zerada, segundo informação divulgada em uma das reuniões do serviço.

Esse grupo é importante para o serviço, visto que direciona casos graves de conflitos familiares, tentativa de suicídio, automutilação, dificuldade escolar (representada por mais de duas reprovações), porque é um instrumento de organização e de direcionamento dos usuários, já que sua equipe de trabalho recebe os adolescentes e responsáveis em espaços diferentes, discute o que conseguiram coletar de dados tanto dos responsáveis quanto dos adolescentes, confrontando esses dados entre as equipes que conduziram os grupos para o estabelecimento do Plano Terapêutico Singular de cada família no serviço. A criação do caminho inicial das famílias no serviço é dada no Grupo de Entrada.

Na nova configuração, duas equipes de trabalho conduzem esses grupos, nas segundas-feiras à tarde e nas quintas-feiras pela manhã. A equipe de trabalho da segunda à tarde é composta por cinco profissionais, sendo que dois ficam presentes nos grupos de responsáveis e três no grupo de adolescentes. As especialidades dos profissionais das duas equipes são diferentes, há psicólogos (3), médicos (2),

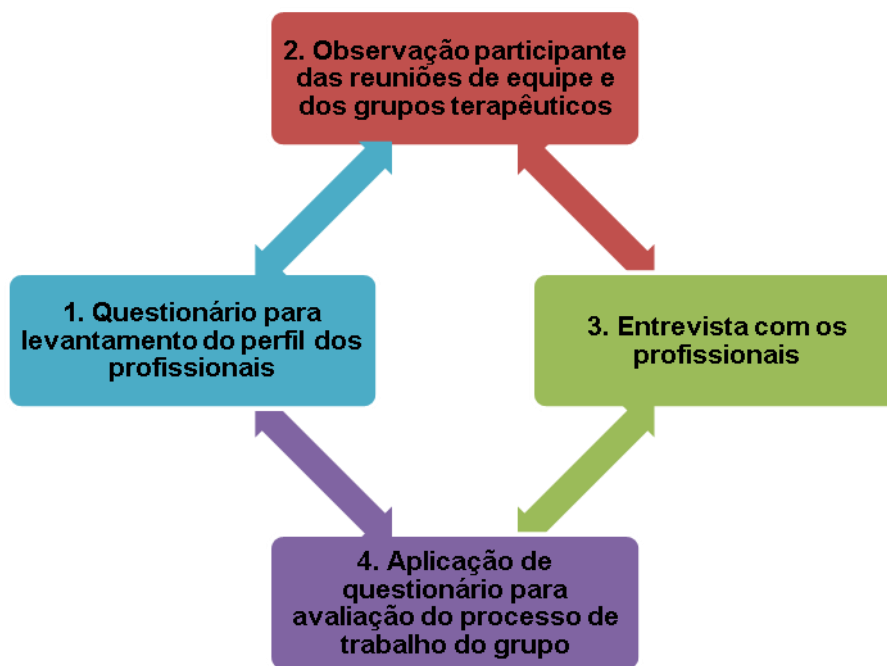
enfermeiros (3), técnicos de enfermagem (2) e fonoaudióloga (1) participando da condução dos grupos. A equipe é composta segundo disponibilidade do serviço.

A pesquisadora preparou 30 kits contendo o TCLE dos responsáveis (15 kits) ou o Termo de Assentimento dos adolescentes (15 kits), uma folha de papel A4 branca e uma caneta esferográfica tinta azul. O convite aos responsáveis foi realizado na primeira reunião do grupo de entrada, ocasião em que foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido dos responsáveis. Eles assinaram o TCLE e permitiram a participação dos filhos no processo de avaliação. O termo foi lido em voz alta, foram esclarecidas as dúvidas com relação à pesquisa, além dos riscos e benefícios. Todos os responsáveis autorizaram a participação dos adolescentes.

No dia da avaliação, a pesquisadora conversou com os profissionais responsáveis pelo grupo e foi acordado que nos 15 minutos finais a aplicação do questionário para avaliação escrita aconteceria. Deste modo, primeiro foi realizada a avaliação no grupo de adolescentes, os termos de assentimento foram entregues e se explicou cada pergunta, para que não houvesse dúvida na hora de responder. Os profissionais que conduziram o grupo ajudaram na conclusão desta etapa, enquanto a pesquisadora prosseguiu com a avaliação no grupo de responsáveis. As questões da avaliação foram as mesmas para adolescentes e responsáveis. Estão disponíveis no anexo 3 do trabalho. Ao término de cada avaliação os kits foram devolvidos para a pesquisadora.

As informações constantes nessa seção do trabalho estão resumidas na seguinte figura 2.

Figura 3- Resumo das técnicas e instrumentos para coleta dos dados da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa de campo.

4.5. Processamento e análise dos dados

Para o processamento dos dados neste trabalho, considerou-se que as entrevistas semiestruturadas, a vivência da pesquisadora no ambiente de trabalho, os registros que foram obtidos e relatados no diário de campo, observação participante da reunião de trabalho da equipe responsável pelo Grupo de Entrada, a aplicação dos questionários de perfil dos profissionais e de avaliação do processo de trabalho do Grupo de Entrada consistem em diferentes formas de procedimento para obter a triangulação dos dados, para controle do *bias* do pesquisador e para permitir melhor aprofundamento na compreensão da realidade pesquisada⁴⁸.

O primeiro passo foi a transcrição das gravações das entrevistas, em janeiro de 2017. A essas transcrições, foram somadas as anotações realizadas durante a ocorrência de cada entrevista, referentes às impressões da pesquisadora anotadas no diário de campo. Segundo Duarte (2004), posteriormente, deu-se a transferência de fidedignidade, em que a entrevista foi novamente ouvida. Foi conferida cada frase, a entonação de voz, interjeições, interrupções⁵¹. Além desses aspectos, quando o tom de voz era mais alto, nas transcrições, as palavras foram colocadas em negrito, quando as palavras eram faladas pausadamente, foram registradas em caixa alta e em correta separação silábica. Os sorrisos, interrupções nas falas e mudanças do raciocínio, cochichos também foram registrados. Evitou-se na edição

das entrevistas, a retirada de falas incompletas, cacoetes, vícios gramaticais. Nos resultados e durante a análise, a transcrição das falas manteve-se na íntegra, incluindo-se os erros de português⁵¹. Esse processo ajudou na correção de erros e na recondução dos rumos da investigação.

Para que a análise acontecesse, primeiro, foi necessário organizar todo o material coletado. As entrevistas foram escutadas uma a uma, descritas, relidas para captação de todo o conteúdo, tom de voz, velocidade da fala, presença dos conteúdos paraverbais, como sorrisos, pigarros, silêncio, choro, além dos sentimentos expressos, como alegria, impaciência, angústia, tristeza. Após leitura do material e conferência, procedeu-se a separação em arquivos separados das perguntas, conforme temáticas que elas se conectavam⁵⁰.

Após esse procedimento, iniciou-se a leitura de cada pergunta horizontalmente e das respostas de todos os profissionais, para identificação das nuances, diferenças das respostas. Depois, prosseguiu-se com a identificação dos conceitos e categorias estabelecidos para o trabalho em equipe e autonomia e na leitura da percepção do que é adolescência, procedeu-se a identificação dos elementos teóricos e outros elementos que a própria fala dos profissionais trouxe de novo como categoria. Por último, prosseguiu-se com a análise e classificação dos trechos conforme as categorias que serão colocadas posteriormente^{50, 8}.

A ADC foi utilizada para identificar se a formação profissional, elementos constituintes da identidade dos entrevistados, teve alguma influência sobre a percepção que ele tinha sobre adolescência. Isso porque os discursos disciplinares são formas de representação social, de estabelecimento de relações sociais. Além disso, cada profissional tem um estilo, uma identidade, que se associa à maneira como ele exerce a profissão, sendo assim, essa análise busca responder à questão formulada no início do estudo: “há relação do cuidado prestado ao adolescente com a concepção que o profissional tem sobre a adolescência?” e com a forma como o profissional presta no serviço^{41, 35}.

Na análise das falas dos profissionais referentes às perguntas: “O que é o trabalho em equipe?”, “Como o trabalho da sua categoria profissional se relaciona com as demais?” e “Você considera que tem autonomia técnica no serviço?”, procurou-se identificar a complementariedade, a interdependência, a articulação, a

comunicação e o diálogo e a elaboração do projeto assistencial comum como vivências norteadoras que indicam a existência de equipe interação ou equipe agrupamento no serviço.

Na pergunta “Você sabe quais são os critérios de prioridade para os adolescentes fazerem parte do Grupo de Entrada?”, buscou-se analisar a comunicação e o diálogo na equipe, essenciais para o trabalho em equipe, visto que, embora nem todo profissional esteja escalado para fazer entrevista inicial, todos estão sujeitos a terem de fazê-la, devido à demanda do serviço. Além disso, os critérios de prioridade para o Grupo de Entrada foram definidos e são rediscutidos nas reuniões de equipe (terça-feira).

Considerando a análise da questão relativa à adolescência, os fatores biológicos influenciam o atendimento em saúde. Neste trabalho, procurou-se escolher teoria sobre adolescência que ampliasse a compreensão para perspectiva de saúde que não fosse meramente biológica. Isso porque o objetivo é estudar o processo de trabalho em equipe. Logo, a perspectiva histórico-cultural permite enxergar o adolescente e seu desenvolvimento dentro do contexto em que ele vive, do tempo histórico, dos fatores culturais e sociais²⁰. Nas entrevistas profissionais, foram observados quais aspectos poderiam ser enxergados diferentemente, de acordo com a categoria profissional do entrevistado. Ao analisar as concepções de adolescência dos profissionais, buscou-se identificar conexão entre o fazer profissional, as concepções e a percepção da adolescência.

A observação participante constituiu-se em olhar e registrar sobre o que se via no diário de campo. Ao todo, foram realizadas seis observações participantes nas reuniões de equipe (terça-feira), com a presença da maioria dos servidores lotados no Adolescentro. Para o processamento dos dados, foi importante considerar os seguintes aspectos da observação: o observador pode ser participante ou não participante. Somado a isso, a observação pode ser aberta, quando o pesquisador se identifica como observador ou encoberta, quando ele não conta que está em processo de observação. Ele ainda pode explicar aos observados ou não que está fazendo observação e o objetivo dela⁴⁹.

A duração de cada observação poderia ter sido de 30 minutos, conforme referencial teórico citado, entretanto, devido à natureza das reuniões e ao fato de a

pesquisadora ser também servidora, considerou-se o tempo de observação de acordo com os blocos de discussão temáticos durante cada reunião. Foi importante deixar claro, nos registros do diário de campo, o contexto e o foco da observação, além da impressão que o pesquisador teve durante cada período de observação⁴⁹.

Elas foram registradas em diário de campo em forma de texto, com identificação dos atores envolvidos. Posteriormente, elas foram transformadas em textos. Para elaboração desses textos, os nomes dos profissionais foram substituídos por suas categorias profissionais, além do que houve edição dos textos no sentido de retirar os traços de identificação das falas dos servidores durante as reuniões. Foram levados em consideração, no contexto do processo de trabalho, fatores que não apareceriam na realização das entrevistas, ligados aos resultados das interações sociais peculiares das reuniões de trabalho⁵⁰.

Para o processamento dos dados das observações participantes das reuniões, observou-se o tempo de fala de cada categoria profissional, o tom de voz, a abertura para que outros profissionais falassem, quais os olhares ou ideologias eles defendem. Na reunião dos profissionais do Grupo de Entrada, analisou-se a abertura para a fala de uma categoria profissional para a outra, a intertextualidade, que será explicada posteriormente³⁵. Também foram identificadas as categorias referentes ao trabalho em equipe⁸. Além disso, foram selecionados trechos que mostravam disputas por poder, hegemonia entre as categorias profissionais, debates ideológicos entre os modelos biomédico e biopsicossocial de atenção à saúde, para que pudesse haver descrição e análise de forma mais aprofundada e um pouco mais representativa da complexidade do trabalho em equipe³⁵.

O processamento dos dados do questionário de levantamento de perfil dos profissionais do serviço ocorreu por meio da criação de formulário eletrônico no *software* EpiinfoTM 7, no qual foram inseridos os dados de todos os questionários e posteriormente processados e analisados pela mesma ferramenta.

Com relação ao questionário aplicado aos responsáveis e adolescentes para avaliação do processo de trabalho do Grupo de Entrada, as respostas dos vinte e quatro questionários foram digitadas em arquivos para os responsáveis e para os adolescentes no Microsoft Word 97-2003. Posteriormente, os dados foram agrupados de acordo com as seis perguntas, para facilitar sua a leitura horizontal,

viabilizar a verificação das nuances entre as respostas e agrupamento em categorias de análise, de acordo com o conteúdo da resposta das perguntas.

As seis perguntas avaliavam: o que o participante achou de estar no grupo, a equipe que entrou em contato e informou o dia do grupo, os profissionais que conduziram-no, o conteúdo abordado, o que aprendeu no grupo e por último questionava se eles percebem mudança em casa. Outro ponto importante é que durante as análises dessas categorias, buscou-se separar, a partir do que foi escrito, aspectos positivos e negativos que os usuários escreveram. A análise dos questionários de avaliação, que foram entregues aos responsáveis e adolescentes participantes do grupo de entrada, conforme descrito anteriormente, também seguiu o referencial teórico de Minayo (2012), da análise de conteúdo temática.

Esse processamento e análise dos dados são o tratamento necessário para que esses dados sejam confrontados entre a realidade teórica e a investigação de campo, propriamente dita. É importante destacar que o pesquisador, ao entrar em campo, não somente buscou enxergar o que a teoria dizia sobre o trabalho em equipe. Ao elaborar e perguntar nas entrevistas o que os profissionais pensavam sobre o trabalho em equipe, a pesquisadora buscou saber o que os profissionais de fato pensavam sobre aquilo, postura que poderia colaborar com a produção de novos dados sobre o trabalho em equipe⁵⁰.

A análise do material ocorreu em três etapas. Na primeira, organização do material coletado, com a elaboração do *corpus* e realização de leitura flutuante dos dados coletados, fase de pré-análise. Na segunda etapa houve exploração do conteúdo, em que foram definidas as unidades de registro, as unidades de contexto, as categorias das falas e os trechos significativos, para as observações participantes e as entrevistas com os profissionais, relacionados com os objetivos geral e específico deste trabalho. Por último, desvendou-se o conteúdo subjacente ao que foi obtido, com a interpretação dos resultados e tratamento dos dados, que é a explicação do que é o processo de trabalho em equipe. Destaca-se que o conteúdo da pesquisa corresponde a uma aproximação da realidade social, que não pode ser classificada apenas como dados de pesquisa⁵⁰.

A análise das entrevistas profissionais mescla a técnica de análise de conteúdo e de análise de discurso. Quanto ao conteúdo das entrevistas, três

questões são fundamentais para analisar o processo de trabalho em equipe do Adolescente. As questões são: “Fale o que o senhor (a) pensa sobre o trabalho em equipe”, “Qual a relação se estabelece entre o seu trabalho e o do (a) seu (sua) colega?” e “É possível, neste serviço, fazer a escolha do tratamento dos (as) seus (suas) pacientes com base na sua autonomia técnica?” As categorias analisadas, a partir dessas três perguntas, emergiram do referencial teórico utilizado durante a elaboração do trabalho, descritas posteriormente.

A análise temática do conteúdo da pesquisa significou o “olhar atento” sobre os dados, de forma que pudessem ser categorizados. O objetivo da análise de conteúdo temática é fomentar uma compreensão dos dados colhidos, confirmar ou não os pressupostos estabelecidos pela pesquisa, anteriormente colocados no referencial teórico e promover ampliação do conhecimento acerca do que foi estudado, porque há possibilidade de surgimento de novas categorias a partir do que foi coletado⁵⁰.

Elas devem ser estabelecidas a partir de único critério de classificação, além de serem exaustivas, porque devem englobar todos os sentidos que foram trazidos durante a coleta de dados, por último, elas devem ser mutuamente exclusivas, no sentido de que uma resposta não deve ser englobada em mais de uma categoria.

A análise de conteúdo temática permite a verificação das hipóteses estabelecidas na realização do trabalho. Ela também visa ao descobrimento de conteúdos que não estejam aparentemente expostos durante a realização das entrevistas. Frases, orações, períodos ou até mesmo temas específicos podem ser destacados para mostrar os conceitos colocados tanto sobre o trabalho em equipe, quanto sobre a adolescência. Essa análise também foi aplicada nas avaliações do Grupo de Entrada, que foi realizada por meio de questionários.

As categorias que emergiram do trabalho em equipe foram estabelecidas com base no referencial teórico apresentado anteriormente e utilizado no trabalho: complementariedade, interdependência, articulação, comunicação e diálogo e elaboração de projeto assistencial comum^{8, 42}. Aquelas levantadas para autonomia foram três, também com base no referencial teórico apresentado. São: o profissional considerar ter total autonomia, ou não ter autonomia, ou ter autonomia parcial, ou seja, trabalhar de forma interdependente^{8, 50}. As falas profissionais também

indicaram que para que a autonomia técnica exista, é necessário a existência de recursos materiais.

As categorias para a adolescência foram três: adolescência como algo positivo, adolescência como algo negativo, fatores biopsicossociais, históricos e culturais que influenciam a adolescência^{20, 50}.

A sistematização acerca das tipologias do trabalho em equipe e as categorias de análise trazem como contribuição conceitos importantes, através dos quais podemos “enxergar melhor” o trabalho em equipe na realidade do serviço ambulatorial de saúde mental. Elas foram proposições que orientaram a coleta de dados, a elaboração da entrevista semi-estruturada, bem como a análise e processamento dos dados⁵⁰.

Analisar o processo de trabalho em equipe do serviço em que existem diferentes profissões e diversos grupos terapêuticos é um desafio, porque esses fatores em si não garantem a existência de trabalho em equipe⁸. Os “óculos teóricos” que contribuíram para enxergar o trabalho em equipe foram formados por referencial teórico presente também na Tese de Doutorado: “Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação”⁸.

É importante ressaltar que há duas tipologias de trabalho em equipe: equipe agrupamento e equipe interação. Na primeira há formação de um grupo, com ajuntamento das ações, dificuldade de comunicação, não compartilhamento de poderes entre as diversas profissões. A fragmentação é sua característica⁸. Em Peduzzi⁴⁴, a comunicação é voltada para assuntos de caráter pessoal, há diferenças técnicas entre os trabalhos especializados e há especificidade dos trabalhos especializados, entretanto não há argumentação quanto às diferenças de trabalho especializado e não há flexibilidade na divisão do trabalho. Por fim, a autonomia técnica é plena ou ela não existe.

Já na equipe interação há complementariedade das ações, articulação dos trabalhos por meio da comunicação e do diálogo. Há também recomposição dos processos de trabalho, visando à integralidade do atendimento na saúde⁸. Além disso, há preocupação com a elaboração de projeto assistencial comum, diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, arguição dessas diferenças entre os

profissionais da equipe, flexibilidade na divisão do trabalho e autonomia técnica de caráter interdependente⁵².

A aplicação dessas tipologias no trabalho torna-se necessária para a análise do trabalho em equipe. Por meio das falas dos profissionais entrevistados, das observações participantes nas reuniões e grupos terapêuticos, buscou-se aplicar e analisar essas duas tipologias no processo de trabalho.

Autonomia do profissional está na possibilidade de tradução das normas do serviço para os casos com que se depara. Envolve o julgamento clínico e a tomada de decisão com relação ao plano terapêutico do usuário sob sua responsabilidade. Ser autônomo não significa ser independente dos outros colegas profissionais. Significa perceber quando o seu saber não é suficiente e procurar ajuda e conhecimento de outras categorias profissionais para complementar e melhorar a qualidade do serviço prestado. Portanto, a autonomia técnica se relaciona com a complexidade do trabalho e com algum grau de incerteza⁸.

A autonomia não exclui a complementaridade e a interdependência dos trabalhos e as diversas possibilidades de troca e interação entre aqueles que trabalham. A complementaridade e a interdependência dos processos de trabalho caminham unidas. Dizem respeito a, por exemplo, determinada atividade que era executada por uma classe profissional e após algum tempo, passou a ser executada por diferentes classes profissionais⁸.

Elas podem caminhar junto ou não com a articulação, que se configura por meio da ação consciente das diferentes categorias profissionais em se comunicar, estabelecer objetivos em comum, articular atividade e parcerias conjuntamente. Portanto, não necessariamente a complementaridade e a interdependência andam juntas com a articulação das ações. A interdependência envolve a tomada de decisão do profissional utilizando-se da sua autonomia técnica e da integração com o julgamento de outros profissionais⁸.

Isso vai fazer diferença na classificação das equipes em agrupamento e interação. Na prática existe contato frequente entre diferentes categorias profissionais sobre a resolução dos casos do serviço. As ações de enfrentamento não são individuais, mas partem de reflexão que em sua maioria é coletiva. Esses

conceitos serão identificados nas entrevistas com os profissionais e nos relatos das observações participantes.

Ainda com relação à complementariedade, é importante identificar nas falas dos entrevistados se o fazer de alguma profissão é periférico ao saber das outras profissões, por exemplo, o fazer da enfermagem ou da nutrição ou da psicologia é periférico ao trabalho do médico. Isso porque muitas vezes a autonomia técnica das profissões não médicas está subordinada à autonomia técnica médica, portanto as prescrições médicas possuem caráter central, enquanto o saber fazer das outras profissões está subordinado tecnicamente ao saber fazer da medicina. Logo os trabalhos são complementares, porém são valorados desigualmente. Há o fator da valoração social das profissões que interferem nesses fenômenos. Não há consideração às autonomias técnicas das profissões não médicas⁸.

A comunicação e o diálogo tem pesada implicação no processo de trabalho em equipe. Há implicação técnica na medida em que são instrumentos para alcançar a finalidade do cuidado em saúde. Há implicação ética, porque envolvem as relações interpessoais, pautadas no respeito, que permeia o conhecer, reconhecer e valorizar o trabalho dos demais profissionais⁸.

A comunicação leva à revisão, à avaliação permanente do cuidado prestado. Ela compreende a construção de consensos quanto aos projetos assistenciais. Esse se constitui no ponto chave do cuidado em saúde: ele representa o modo de alcançar o cuidado e o próprio cuidado por natureza. Ele é a finalidade e o meio do trabalho em saúde. A comunicação é um dos instrumentos que permitem a construção dos projetos assistenciais comuns nas instituições de saúde⁸.

A comunicação também é o meio pelo qual a articulação das ações acontece. A interação e a comunicação não podem estar em planos diferentes de importância no trabalho em equipe, até porque, nessa situação é bem possível que o trabalho coletivo esteja na realidade truncado, falho, o que caracteriza a equipe agrupamento, com justaposição das ações profissionais⁸.

Na avaliação das falas dos entrevistados, é preciso enxergar a coerência entre a fala profissional, a teoria e a prática do profissional no serviço. As relações interpessoais são parte do trabalho em equipe e a comunicação não deve estar presente apenas para formação de vínculos de amizade no trabalho⁸.

Os projetos assistenciais comuns reúnem as múltiplas dimensões do cuidado em saúde. Ele agrega e faz existir tudo o que foi discutido anteriormente. As autonomias profissionais, por meio da articulação das ações com complementariedade e interdependência, utilizando a comunicação como meio, culminam na construção do projeto assistencial. Ele conecta os profissionais aos usuários do serviço. Por meio dele é possível a reconstituição do trabalho em equipe⁸.

Ele se constitui em um dos principais objetivos da equipe, portanto precisa ser mencionado em algum momento das entrevistas, porque inclusive ele orienta a formação do trabalho em equipe. Isso precisa ser identificado nas falas dos profissionais, porque evidencia a vivência da equipe interação. Um bom projeto assistencial é construído por meio da articulação entre os diferentes profissionais e a finalidade ética é prestar o melhor cuidado possível, levando-se em consideração as condições materiais de trabalho⁸.

Por fim, a Análise de Discurso Crítica foi técnica de análise das entrevistas profissionais referentes ao que eles consideravam adolescência, análise de uma reunião de trabalho do Grupo de Entrada e análise das observações participantes nas reuniões de equipe (terça-feira).

Ao abordar outras questões que influenciam a adolescência, abre-se espaço ao atendimento de diferentes categorias profissionais, que pode visar à prestação de cuidado integral ao adolescente, integrando e articulando as ações no processo de trabalho em saúde.

A concepção ampliada de adolescência, segundo a perspectiva histórico-cultural, contextualiza socialmente, culturalmente, as transformações e exigências às quais os adolescentes estão expostos. Ele é enxergado de forma mais coletiva. As tensões presentes nessa fase não são apenas decorrentes dos hormônios e do amadurecimento na vivência da sexualidade. Essa visão permite superar o rótulo negativo da idade. “A classe social que ocupa na sociedade dita o tipo e a qualidade de nutrientes necessários ao bom desenvolvimento físico e mental que o jovem poderá se apropriar ou não”^{20, p. 27}.

Busca-se superar uma visão naturalizada e biológica da adolescência, caracterizada por ser período de tensão, com conflitos comportamentais e psíquicos,

hostilidade pela separação dos pais, abismo entre as gerações, com instabilidade emocional. Superar que a adolescência corresponda à transição entre a infância e a idade adulta, apenas. E o normal é o adolescente passar por tensões e conflitos, com valorização de aspectos negativos da fase, como se todas as adolescências fossem iguais²⁰.

A importância da utilização dessa metodologia de análise no estudo, consiste na possibilidade de aplicação da ADC em um contexto de trabalho em saúde, porque o trabalho é uma prática social. O uso da linguagem, a diversidade de discursos em reunião de trabalho, nas entrevistas profissionais constitui-se em trabalho em equipe. Há que se analisar a qualidade da interação desses discursos na construção do processo de trabalho em equipe no Adolescente, podendo evidenciar o tipo de trabalho em equipe, se configura equipe agrupamento ou equipe justaposição^{8, 5}.

O trabalho é uma prática social, segundo Marx, porque é o modo dos profissionais agirem e interagirem no mundo⁸. O trabalho em equipe na saúde é uma rede de complexas relações entre diversos trabalhos na saúde, que se constituem por diferentes formações profissionais e compõe o trabalho em equipe, foco da análise desta pesquisa. O discurso também é uma prática social.

Nesse sentido, o conteúdo de uma reunião de trabalho é uma prática reflexiva sobre o fazer em saúde e é própria do trabalho enquanto prática social. O que é discutido em uma reunião pode produzir mudança, interação e transformação no próprio ambiente de trabalho.

A prática social carrega consigo atividades próprias, pessoas em contextos particulares. Ela permite que diferentes elementos estejam em interação. Cada elemento é um momento da prática social. Entretanto a prática social não se reduz a nenhum desses momentos^{38, 35}.

Relembrando os três significados da Linguagem, significado acional, significado representacional e significado identificacional, associados ao gênero, discurso e estilo³⁵, respectivamente, prossegue-se na ambientação da ADC, aplicada ao contexto desta pesquisa, procedimento que ajudará na análise das entrevistas, das observações participantes e da reunião do grupo de entrada. É por meio do significado acional que o mundo tem sentido e que suas ideias, disputas por

poder e hegemonia, ideologias são traduzidas no gênero a ser analisado. Já o significado representacional se refere ao próprio discurso, ao modo como as relações sociais são representadas no texto e por fim, o significado identificacional, que corresponde à identificação pessoal, ao estilo de cada pessoa envolvida na prática social^{41, 35}.

Aplicando nesta pesquisa, os gêneros discursivos no ambiente de trabalho do Adolescente são as reuniões de trabalho, os grupos terapêuticos, as consultas com as diversas categorias profissionais. Lembrando que os gêneros correspondem à ação, ao modo como o texto traduz o mundo ao seu redor. Portanto as reuniões de trabalho, os grupos terapêuticos, as consultas traduzem a realidade da saúde mental no Brasil. Cada ação que acontece nesses eventos está cheia de Significado acional³⁵.

Os discursos profissionais de cada categoria nas reuniões e o modo como as categorias profissionais se portam na reunião de trabalho estão carregados de Significado Representacional³⁵. É no palco dessas relações e discursos que acontecem as disputas por poder e hegemonia no serviço, que são responsáveis pela construção do processo de trabalho em equipe e que constituem as equipes integração ou as equipes agrupamento. Cada profissão tem um modo de representar o mundo, cada categoria profissional tem um corpo de conhecimento com o qual age na saúde e enxerga os problemas e as necessidades de saúde. O trabalho em equipe reúne todos os discursos e interesses³⁵.

O Significado Identificacional, diz respeito ao estilo, à maneira como cada profissional põe em prática o que aprendeu na formação. Como os profissionais se colocam durante a reunião? Como é representada a identidade do usuário pelo profissional? Como cada um encara sua profissão? Qual a visão que cada profissional tem da adolescência? Nem todas as respostas a essas perguntas estarão presentes no trabalho, mas seria dessa maneira o procedimento da análise do estilo de cada um³⁵.

A ADC aplicada a esta pesquisa é importante também porque permitiu o mapeamento dos recursos linguísticos que são ferramentas para os diferentes atores sociais em relação constante no ambiente de trabalho^{54, 35}. As reuniões de equipe, dos profissionais que fazem parte dos grupos de segunda à tarde e quinta

de manhã, foi realizada em um único episódio, para discussão das metodologias utilizadas nas realizações dos grupos, para avaliar os processos de trabalhos empregados, averiguar falhas que havia na assistência e no acompanhamento dos casos que entraram no serviço por meio do Grupo de Entrada.

Os discursos fazem parte de uma cadeia dialógica, sendo que cada discurso se conecta a outro que o sucede ou o precede. A linguagem seria, portanto, espaço de luta por hegemonia. A análise da escolha da linguagem pelos profissionais foi maneira de observar as diversas articulações e a partir disso, como a realidade social do trabalho é vivenciada nesse serviço³⁵.

A intertextualidade foi o critério principal de análise desses discursos. Consiste em colocar em contato as relações dialógicas entre os diferentes textos e entre as ordens do discurso⁵⁴. Refere-se à propriedade que os textos possuem de fazer referência a outros textos, estabelecendo um diálogo, uma cadeia dialógica. Por meio da intertextualidade, os textos ecoam, reagem ironicamente, assimila ou até mesmo contradiz o outro texto, de forma explícita ou implícita. Tudo isso constrói a historicidade textual, permitindo haver acréscimo de textos, de ideias a outros textos citados anteriormente^{37, p. 114}.

Essa maneira de analisar foi importante, no contexto da reunião do Grupo de Entrada, porque cada discurso profissional falado durante a reunião constituiu-se em um texto, que podia ter delimitação explícita ou implícita da fala do outro colega de equipe, ou não. Além disso, os discursos estabeleceram cadeia dialógica, para cumprimento do próprio objetivo da reunião. Ao dar continuidade a fala do outro, pôde-se analisar se havia integração ou justaposição dos fazeres e dos discursos profissionais, permitindo avaliar se a equipe era interação ou agrupamento. As falas podiam ecoar, assimilar, contradizer, ironizarem-se umas às outras. Essa ideia está explícita no seguinte trecho de Fairclough^{37, p.136} “... turnos de fala em uma conversa incorporam e respondem a turnos que o precedem e antecipam aqueles que se seguem”.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado conforme estabelecido na resolução 466 publicada em 12 de dezembro de 2012 pelo Conselho Nacional de Saúde, considerando os aspectos

éticos envolvidos na realização de pesquisas com seres humanos⁵³. Foi aprovado com o parecer n. 2.080.524.

O risco da realização dessa pesquisa envolveu o constrangimento aos participantes da pesquisa de terem de responder a questionários ou a entrevistas em profundidade e deixarem suas opiniões registradas ou gravadas. A negociação do sigilo das informações prestadas durante a pesquisa foi feita antes da realização das técnicas de coleta. Para minimizar esses riscos, as perguntas referentes aos objetivos da pesquisa foram claras, simples e diretas. O pesquisador também teve interesse real, respeito, flexibilidade, criatividade, compreensão, simpatia e sensibilidade frente aos sujeitos da pesquisa⁴⁸.

Outra qualidade que esteve presente durante a realização das entrevistas foi capacidade de ouvir e ficar calado, evitando colocar a própria opinião e, assim, coletar dados que sejam inúteis ou enganosos à pesquisa. Outro fator importante foi a delimitação clara do objeto da pesquisa, para que outros pesquisadores possam analisar as conclusões obtidas. O pesquisador teve sempre em mente que os dados mostrados não demonstram a totalidade da realidade observada, para isso, ele percebeu a impossibilidade de dominar profundamente a realidade estudada. Por isso, o que ele definiu como objeto de estudo, estava claro⁴⁸.

Os benefícios da realização desta pesquisa foram: melhor conhecimento da realidade de trabalho pelos profissionais da unidade, visto que a descrição do processo de trabalho com as conexões feitas com literatura científica podem ajudar que os profissionais tomem ciência de atitudes ou métodos de trabalho a serem mudados ou até mesmo melhorados ou simplesmente reconhecidos e valorizados. Isso pode culminar na melhora do atendimento aos usuários, melhora dos relacionamentos interpessoais do grupo estudado. Outro ponto importante é que a descrição do processo de trabalho do serviço pode facilitar a realização de outros estudos sobre temas interessantes, de maneira mais aprofundada, descritos neste trabalho.

Outra grande questão a ser enfrentada na pesquisa é a relação profunda do pesquisador com aqueles que serão pesquisados. O exercício importante deve ser o distanciamento do pesquisador da realidade pesquisada, a tal ponto que seja

possível a reflexão sobre as dificuldades encontradas durante o processo de realização da pesquisa⁴⁸.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. História da criação do Adolescentro, início do trabalho em equipe no serviço.

Em uma das entrevistas, um dos profissionais compartilhou trechos da história da criação do Adolescentro, que se relacionam à própria identidade do serviço. Esse processo foi importante para melhorar a compreensão da forma como o serviço se organiza atualmente, do porquê existem tantos grupos terapêuticos, de como a equipe começou a trabalhar conjuntamente. A seguir, tem-se a reconstituição de partes dessa entrevista.

O Adolescentro começou sua história na pediatria do Hospital de Base, em 1982. Os profissionais trabalhavam com adolescentes, havia um grupo terapêutico. A luta desses profissionais era por um espaço exclusivo para o trabalho específico com esse público alvo e para não fazer o atendimento dentro de um hospital de alta complexidade.

“Eram duas coisas que não casavam: o espaço onde aquilo nasceu, pelo desejo dos profissionais que lá estavam...é...no entanto, eles sempre batalhavam pra trazer esse serviço de atenção integral à saúde do adolescente pra uma atenção mais básica, pro centro de saúde” (E P1).

Ainda segundo EP1, em 1996, o centro de saúde, em que hoje estão as instalações do serviço, tinha baixa produtividade. Quatro profissionais migraram do Hospital de Base para lá e montaram, em um dos corredores, o serviço de atendimento a adolescentes. Depois, eles conseguiram verba, planejaram a estrutura para construção do Centro de Convivência.

“E aí, todo o projeto, a equipe junto embarcava e topava. Aí fizeram uma planta, né? fizeram uma estrutura e levaram na Secretaria de Saúde e a secretaria topou construir. Então nós tínhamos as salas aqui dos fundos, do centro de saúde...é...e...conseguimos a construção do galpão lá embaixo, onde a gente fazia todas as atividades de grupo, né? E já em 98....começaram-se os atendimentos de grupo.” (EP1)

Em 2001, começaram os grupos multifamiliares, que era alternativa para o atendimento de muitas pessoas, com qualidade, visto que a equipe de trabalho ainda tinha tamanho reduzido, de acordo com o entrevistado. Já havia tratamento

para o Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade, para violência sexual. Também eram realizados treinamentos em serviço, para capacitação de profissionais de unidades que recebiam os adolescentes como público de atendimento e estavam dispersas pelo DF, para que houvesse pólos de atendimento em todo território. Os treinamentos visavam à capacitação de estudantes de ensino superior de diversas instituições de ensino e profissionais de saúde da própria Secretaria.

Em virtude dessas características de trabalho, houve aumento crescente da quantidade de profissionais interessados em atuar no serviço. Boa parte da equipe que compõe atualmente o serviço foi formada ou especializada nesses treinamentos em serviço.

“(…), hoje, muitos serviços que têm, né, espalhados de atenção ao adolescente, então, muitas pessoas passaram por aqui. Então, quando existiam centros de referência de atendimento ao adolescente nas regionais, só não o Paranoá, que eles tinham já um curso próprio, eles tinham já uma história com adolescência, mas tirando o Paranoá, todos os programas de atenção integral à saúde da adolescência que existiam, alguém dessa regional tinham feito treinamento em serviço aqui, então foi importante essa qualificação da rede, pra que outras equipes fossem formadas nas outras regionais”. EP1

Entretanto, o serviço ainda não existia no organograma da Secretaria de Saúde. Em 2006 houve uma possibilidade política de colocar o serviço no organograma da Secretaria. O Distrito Federal era o penúltimo colocado no ranking nacional no tocante à quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por habitantes. O então secretário de saúde, na época, foi numa rádio e fez discurso dizendo que em seis meses criaria 5 CAPS. Um dos membros da equipe percebeu esse momento político, articulou-se com o secretário de saúde para que o Adolescentro se tornasse CAPS e passasse a fazer parte do organograma, o que facilitaria a lotação de novos servidores e a ampliação do serviço. Mesmo assim, após alguns anos de existência, o serviço continuou sendo um ambulatório de atendimento em saúde mental.

“(…)“ eu tenho condição de te dar um CAPS. Se não for o CAPS, é um serviço de saúde mental, porque onde eu trabalho a gente atende adolescente e tem psiquiatra”. O único CAPS reconhecido à época, era o CAPS i do COMPP, né, que era cadastrado no Ministério da Saúde. Então, à época, a gente só tinha aquele serviço, que também era

pequeno e estava em expansão, e aí,...o...a....o secretário viu no Adolescentro essa possibilidade de ter muito pouco trabalho de se criar, porque os profissionais já estavam aqui. Então aconteceu exatamente isso, ele aproveitou um momento político, se aliou ao secretário, e aí a gente conseguiu, em 2006, que o Adolescentro fosse pro organograma da secretaria como um ADOLESCENTRO” EP1.

A missão do serviço é “capacitar profissionais e atender os adolescentes em família em sua complexidade biopsicossocial, com foco no uso prejudicial de drogas, violência sexual, comorbidades, orientados pelas diretrizes e princípios do SUS e da Secretaria Estadual de Saúde do DF- SES, na perspectiva da epistemologia sistêmico-complexa”. A visão é “ser reconhecido nacionalmente como centro de excelência, da Secretaria do Estado de Saúde do DF- SES, para capacitação e atenção biopsicossocial à adolescência”. O objetivo é “promover o adolescente como sujeito de sua história de vida, de sua saúde e de sua cidadania” (Adolescentro, 2017- buscar relatório que fale disso).

5.2. Perfil dos profissionais que participaram da pesquisa.

Participaram desta pesquisa 49 servidores, sendo que a maioria era do sexo feminino 39, (79,59%) e 27 (55,10%) da etnia branca. A mediana de idade foi de 43 anos, correspondeu que 50% dos entrevistados tinham menos que essa idade. Além disso, 30 (61,23%) são casados e 11 (22,45%) é divorciada. Em relação à escolaridade que 49% (n=24) tinham pós-graduação e 59,18% (n=29) trabalhavam em regime de 40h semanais. Em relação ao tempo de serviço na unidade, 53% (n=26) tinham menos de 6 anos de trabalho na unidade. A equipe é relativamente jovem. A equipe mais experiente se abre aos questionamentos dos integrantes mais novos, o que pode significar que a equipe de trabalho está aberta a mudanças. Metade dos servidores pós-graduados (n=12) tinham menos de 5 anos de trabalho, são do sexo feminino, etnia branca e casadas. Aqueles que trabalham em atividades essencialmente assistenciais correspondem a 65,3% da amostra estudada.

Tabela 2- Distribuição dos participantes da pesquisa segundo tempo de trabalho na unidade, Brasília, 2016.

| Tempo de trabalho | Frequência absoluta | Percentual |
|-------------------|---------------------|------------|
| ≤ 5 anos | 26 | 53,0% |
| > 5 anos | 23 | 47,0% |
| Total | 49 | 100 |

Fonte: Dados da pesquisa.

O tempo de consulta dos profissionais de ensino superior está representado conforme Tabela 3. Os profissionais que fazem consulta com tempo menor ou igual que 30 minutos são os médicos e enfermeiros. Os outros profissionais tem tempo de consulta maior, sendo que o psicólogo tem maior tempo médio de consulta, correspondendo a 60 minutos. Esse fator reforça que a composição da equipe do Adolescentro é mista, sendo composta por profissionais de formação biomédica, como os médicos enfermeiros, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo e profissionais de formação biopsicossocial, como assistentes sociais e psicólogos⁸.

Tabela 3- Distribuição das profissões segundo duração das consultas, Brasília, 2016.

| Profissão | Tempo médio (min) |
|-----------------------|--------------------------|
| Assistente Social | 45 |
| Enfermeiro | 30 |
| Fonoaudiólogo | 45 |
| Medico | 30 |
| Nutricionista | 40 |
| Psicólogo | 60 |
| Terapeuta ocupacional | 40 |

Fonte: Dados da pesquisa.

5.3. Descrição do processo de trabalho da Avaliação Neuropsicológica

De acordo com uma das entrevistas profissionais, em que houve a descrição do processo de trabalho da avaliação neuropsicológica, há no serviço uma demanda grande de adolescentes com problema do desenvolvimento e com quadros com sequela, com impacto importante do funcionamento cognitivo. A avaliação contribui com o diagnóstico diferencial de usuários com suspeita de déficit cognitivo. Permite fazer um diagnóstico melhor, bem como indicações mais precisas de onde existe o déficit, para que o alvo do tratamento fique mais bem definido.

Esses adolescentes têm muita dificuldade no desenvolvimento, tiveram história de estimulação pobre, viveram violências e conflitos importantes na família, o que gerou ansiedade, depressão e também rebaixamento do funcionamento cognitivo. A estimulação pobre corresponde a não ter um ambiente rico de estímulo, como o estímulo à leitura, fazer um passeio diferente, ter uma brincadeira educativa. Significa a criança ter sido criada na frente da televisão, celular.

O material da avaliação foi comprado pela caixinha do Adolescentro, que é paga todo mês pelos servidores e o recurso é utilizado para melhorias no serviço, pagamento de passagem dos usuários com dificuldade financeira, financiamento da

feira do Adolescente, que ocorre anualmente, compra de materiais para utilização nas consultas, grupos terapêuticos e avaliação neuropsicológica. Além da caixinha, a equipe da avaliação vendeu alguns testes mais antigos para comprar os mais novos, outros materiais foram trazidos dos consultórios particulares dessas servidoras.

A equipe é composta por duas neuropsicólogas e uma neuropediatra. Elas utilizam instrumentos padronizados. Cada neuropsicóloga chama aproximadamente 12 pacientes por vez e faz acompanhamento com eles durante mais ou menos dois meses, podendo ter, inclusive, mais de um encontro semanal. A aplicação do teste é relativamente fácil, segundo uma delas. O que demora é a quantidade de encontros para a aplicação de todos os testes, a análise de cada um deles e a confecção dos laudos.

O protocolo de organização da avaliação é o seguinte: qualquer profissional do serviço que identificar ser importante para a condução terapêutica do caso, a realização da avaliação, deve colocar o nome do paciente em lista específica. Os dados constantes são: a data que a pessoa colocou na lista (para ter noção do tempo de espera), a queixa observada pelo profissional que justifique a realização da avaliação e o nome do paciente.

A profissionais responsáveis pela avaliação pegam a lista, analisam a queixa. Posteriormente elas pegam os prontuários dos pacientes e avaliam no prontuário se há histórico que justifique a necessidade da avaliação. Os casos em que o paciente tem apenas uma consulta e não há história clínica, nem presença de exames básicos são indeferidos, porque a avaliação neuropsicológica é exame complementar, para fins de diagnóstico diferencial.

No caso de o paciente ter história clínica no prontuário e que existam os dados que embasem a realização da avaliação, ele terá agendamento realizado, situação que reflete a autonomia técnica das profissionais que executam essa avaliação, no sentido de que elas decidem o fluxo e o público alvo que tem direito ao exame. Aqueles com idade perto dos 18 anos, que estão perto de sair do serviço e o tratamento não evoluiu ou que esperaram muito tempo antes de terem indicação para a avaliação, aqueles que tiveram perícia negada, ou que estão em grave crise, ou que a perícia vai ser realizada em pouco tempo são passados na frente.

Recebem fita vermelha na classificação de risco. A perícia é importante para que o paciente receba os benefícios aos quais tem direito.

O tempo de espera gira em torno de seis ou sete meses, para que a avaliação aconteça. A fila ainda é muito grande, contou uma das psicólogas. Na época da coleta de dados, tinha uns 100 pacientes. O Adolescentro é o único serviço do SUS DF que faz a avaliação neuropsicológica completa, com laudo.

Há definição clara das tarefas de cada membro da equipe, como o que é papel das psicólogas (atendimento, realização do teste, avaliação), o que é papel da neuropediatra (avaliação dos usuários) e o que é papel da equipe do Adolescentro (encaminhamento dos pacientes). A clareza dos critérios de inclusão e exclusão de usuários na avaliação denota que existe comunicação entre os profissionais da avaliação neuropsicológica com os demais profissionais do serviço.

O trabalho das profissionais com o restante da equipe é importante no sentido de que o trabalho que elas fazem contribui para tomada de decisão quanto ao diagnóstico médico, na definição do diagnóstico, quanto aos benefícios que as assistentes sociais precisam conseguir, quanto ao trabalho que a terapeuta ocupacional pode realizar na reabilitação ou pode indicar para as escolas para essa reabilitação. Portanto há complementariedade entre os trabalhos das neuropsicólogas e da neuropediatra com a equipe do Adolescentro, somente quando os profissionais consultam o laudo e procuram saber o que ele significa para fazer o trabalho deles, que fortalece o trabalho em equipe.

Há interdependência, no sentido de que as autonomias técnicas existem, em cada etapa da realização da avaliação, mas essa realização depende do trabalho dos demais profissionais da equipe no sentido de suspeitarem de que os pacientes têm deficiência intelectual e, dentro do fluxo definido antes que o usuário tenha direito à avaliação, ele seja encaminhado ao hebiatra ou psiquiatra para que faça anamnese completa, de forma que a avaliação neuropsicológica seja ferramenta para comprovação do diagnóstico diferencial do retardo mental. A lista da fila de espera representa um dos modos de articulação entre as equipes, porque dependendo da avaliação dos membros da equipe, quando há possibilidade de comprometimento de moderados a grave, os casos são discutidos com a equipe da avaliação e as profissionais adiantam o usuário na fila de espera. Portanto, a

articulação entre os profissionais pode diminuir o tempo de espera na fila para os casos mais graves. Portanto, há evidências de que o trabalho da equipe de avaliação neuropsicológica, tanto internamente, quanto externamente, seja interação.

5.4. Processo de trabalho dos grupos terapêuticos

a) Observação participante do Grupo de TDAH

O grupo para adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) acontece em seis encontros. Há roteiro com conteúdo a ser trabalhado em cada encontro de adolescentes. No grupo de responsáveis há psicoeducação sobre o que é o TDAH, quais dificuldades de desenvolvimento os adolescentes possuem além do trabalho com as cinco atitudes. A comunicação a respeito dos encontros é realizada por meio de *Whatsapp*.

No dia da observação o grupo começou atrasado, houve algumas dificuldades quanto à organização de um atendimento. O foco do trabalho foi o grupo de adolescentes, sendo que as atividades com os responsáveis terminaram assim que o grupo de adolescentes finalizou os trabalhos.

Quando se leva em consideração a complementariedade, o trabalho das profissionais não são complementares, com destaque para o fato de que o grupo gira em torno do trabalho com os adolescentes, visto que o grupo apenas inicia quando o profissional responsável está disponível para o atendimento dos adolescentes e termina no momento em que ele termina o próprio atendimento. Porém, a despeito disso, os profissionais se reúnem ao final dos grupos para registrar nos prontuários e discutirem o que observaram dos atendimentos aos adolescentes e responsáveis, que corresponde à elaboração do projeto assistencial comum⁸.

A rotatividade de profissionais que conduzem o grupo de pais compromete o vínculo com os usuários, além de dar descontinuidade no conteúdo trabalhado durante a realização dos grupos. Há roteiro organizado para os adolescentes e deveria haver continuidade de conteúdos para os pais ou pelo menos linha de raciocínio ou conteúdo mínimo para discussão nos grupos. A interdependência existe, porque há necessidade de trabalho conjunto com responsáveis e adolescentes para que haja melhora no tratamento do TDAH, e não é possível que

apenas uma profissional faça o trabalho sozinha com os pais e adolescentes. A articulação se expressa nos encontros que as profissionais fazem para a definição dos roteiros que serão trabalhados, na separação dos horários e pareamento das agendas das duas profissionais para que o trabalho seja viabilizado, mas fica comprometida devido à dificuldade de comunicação, de respeito aos acordos e horários estabelecidos, desrespeito ao próprio tempo de trabalho que as profissionais precisam para o desenvolvimento dos temas no grupo de responsáveis⁸.

Outro aspecto que atrapalha o processo de trabalho é a emenda de férias, licença prêmio sem combinação prévia entre os profissionais que conduzem o grupo. Esses aspectos dificultam o trabalho em equipe, no sentido de que compromete a comunicação das profissionais, a linha de raciocínio de trabalhos, a organização e estruturação dos grupos. A dificuldade de cumprimento dos horários também compromete a adesão dos adolescentes e responsáveis ao grupo. Também dificulta a vinculação com os usuários, a evolução e a adesão ao tratamento. Os responsáveis em sua maioria trabalham e tem horário a cumprir no serviço. Se o horário de início é as 8h30, o não cumprimento desse acordo dificulta, gera ruídos na comunicação entre responsáveis, adolescentes e profissionais responsáveis pela organização do grupo. Há, portanto, indícios de justaposição dos processos de trabalho, com uma aproximação da equipe agrupamento.

Os pontos positivos desse grupo são a disponibilidade de horário das profissionais, local para a realização dos encontros, *expertise* em conduzir o grupo e lidarem com as adversidades próprias do contexto de trabalho e ainda assim, fazerem o grupo existir. O público alvo que necessita desse atendimento é expressivo, dado inclusive a existência dos quatro grupos. A elaboração do Plano Terapêutico Singular pelas profissionais após finalização dos grupos também representa um salto qualitativo no atendimento. Essa elaboração também é importante para que o atendimento seja centrado no usuário.

b) Análise do processo de trabalho em equipe de grupo terapêutico aberto.

Os profissionais que compõem a equipe são psicóloga, enfermeira e estagiária de psicologia, que pertencem ao Programa Biopsicossocial. Este grupo

tem como característica ser aberto em relação ao número de encontros para cada responsável, ou seja, a participação no grupo é aberta. O conteúdo trabalhado no envolve as cinco atitudes e necessidades psicológicas que os participantes têm e que possam tornar o cuidado com os filhos mais difícil. Especificamente no dia da observação, o conteúdo trabalhado foi a necessidade de os responsáveis elogiarem os adolescentes. O trabalho foi feito por meio de elogio entre os próprios participantes daquele dia, com a utilização de um barbante.

Há um livro ata, em que são anotados o conteúdo de cada grupo, as principais falas dos participantes, para que no próximo encontro quem estiver para conduzir o grupo saiba o que foi trabalhado anteriormente, facilita a comunicação entre os profissionais. Não há ordem fixa para o trabalho das atitudes. Após a finalização do grupo, as profissionais se unem, discutem o que elas observaram de cada participante e anotam nos prontuários o que elas perceberam de modificação do comportamento dos responsáveis. Cada profissional também conta como se sentiu em relação ao grupo e como sentiu a dinâmica do grupo. No prontuário, as profissionais lêem as evoluções de cada profissional sobre o caso e também lêem a ficha de entrevista inicial para ver como foi o primeiro encontro do usuário com o serviço. Essa descrição corresponde aos modos como a comunicação acontece no serviço. Portanto o prontuário é importante para que a comunicação e o diálogo entre os profissionais aconteça e permita a melhora do cuidado oferecido pelo serviço.

Como o foco da análise do trabalho não é o conteúdo dos grupos, a ênfase será dada à coesão do trabalho entre as profissionais. A complementariedade pode ser observada na fala, no encadeamento dos raciocínios entre as profissionais durante a realização do grupo. Não há profissão periférica à outra, há interdependência entre a Psicologia e a Enfermagem quanto aos fazeres e saberes, porque há compartilhamento da responsabilidade de condução do grupo. Articulação ocorreu por meio dos acordos quanto às dinâmicas realizadas durante o grupo, do respeito ao tempo de fala de uma profissional para a outra⁸.

A comunicação e o diálogo entre as profissionais favorecem o bom andamento do grupo, o início e o término dos trabalhos sem atraso. Outro ponto é que favorece o bom clima organizacional, visto que há espaço para que elas

comuniquem o que sentiram durante a realização do grupo. A comunicação do motivo da falta de uma das profissionais no último encontro aos usuários favorece a confiança e o vínculo entre eles, além de contribuir com a própria adesão ao tratamento e com a comunicação dos usuários às servidoras, caso precisem faltar algum dia de grupo⁸. Há indícios de equipe integração dos processos de trabalho das profissionais envolvidas na condução deste grupo.

Embora existam vinte e quatro grupos no serviço, a estrutura e funcionamento deles organizam-se basicamente em grupos abertos e grupos fechados, por isso a escolha de descrever apenas um grupo de cada. Procurou-se não fazer relação entre existência de grupo fechado associado com o trabalho em equipe interação, e existência de grupo aberto com equipe agrupamento, até porque o trabalho em equipe não existe somente nos grupos terapêuticos.

5.5. Análise de Discurso Crítica das observações participantes

A primeira observação participante aconteceu no contexto da Semana do Adolescente, data que há 10 anos é comemorada sistematicamente na terceira ou quarta semana de setembro. Estavam presentes na reunião 30 pessoas, sendo 4 residentes. Durante a reunião a maioria dos servidores ficou calada, mas demonstraram satisfação com os resultados alcançados durante a semana. Uma das servidoras, médica, contou que o bazar gerou certa quantia em dinheiro, responsável por pagar alguns dos *coffee breaks* da semana, além das cópias de que o serviço tem necessidade, o toner das impressoras, água, café, açúcar e material de limpeza. Uma das técnicas de enfermagem conseguiu doação de calçados em uma fábrica em Sobradinho e de doces em escolas. Os outros servidores que tiveram tempo de fala foram também médicos.

Fica muito claro que para realização da Semana do Adolescente há empenho de diferentes categorias profissionais e divisão clara dos trabalhos a serem executados. Porém a decisão dos palestrantes é, na maioria das vezes, orientada pela equipe médica, e no caso do Serviço, de Saúde Mental, geralmente as palestras são voltadas para patologias psiquiátricas. Os outros afazeres, como organização da festa, montagem dos equipamentos, conseguir dinheiro para que o evento aconteça ficam sob supervisão da gerente com a colaboração dos demais servidores do trabalho.

Para que a semana aconteça, há complementariedade das ações dos diferentes profissionais, porém o saber das outras profissões é periférico ao saber dos médicos. Articulação existe porque a divisão de tarefas acontece, com divisão de papéis bem estabelecidos para que a infraestrutura exista, porque existe objetivo comum, que é a realização da semana. A interdependência para as tomadas de decisão é comprometida, visto que, embora a maioria das sugestões dos palestrantes venha da equipe médica, os outros servidores estão presentes na reunião para concordar ou discordar das sugestões realizadas. A valoração social desigual das profissões dificulta que haja interdependência entre os profissionais, na medida em que há dificuldade de concatenação e integração dos conhecimentos para melhoria da diversidade das palestras⁸.

Conectando a ADC com o trabalho em equipe, tem-se que a equipe é espaço de comunicação, diálogo, complementariedade, interdependência e articulação entre os diversos trabalhos na saúde⁸. Portanto, conforme pode ser visto no conteúdo da reunião trabalhado acima, o trabalho em equipe é espaço em que há diferentes processos de trabalho em saúde, como o trabalho da equipe médica e o trabalho da equipe não médica. É por meio da articulação e do debate entre as várias vozes implicadas no processo de trabalho, por meio da linguagem, da comunicação, que o trabalho em saúde existe. Sendo assim, o trabalho em equipe em saúde é espaço também de luta por hegemonia. Nessa comunicação, há seleção de determinadas estruturas linguísticas que estarão a serviço de projetos de dominação específicos^{39,37,40}. Por exemplo, o maior tempo de fala dos profissionais médicos na reunião pode mostrar quem tem o comando das decisões ou a classe profissional que pode ter maior espaço para interferir nas decisões tomadas no serviço.

Por ocasião de outra observação participante, os servidores estavam reunidos para assistirem à aula sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade que uma servidora ministraria. O conteúdo da aula, resumidamente, versava sobre o conceito, a etiologia e o tratamento do TDAH, com enfoque no tratamento farmacológico. Dois profissionais não médicos alertaram para a necessidade de discutir sobre a alimentação e a prática de exercícios físicos para a diminuição da energia disponível ao paciente e incremento do tratamento não farmacológico da doença. Em meio à exposição, uma das médicas interrompeu a apresentação e em

tom de voz alto explanou sobre sua prática de atendimento em consultório, desconsiderando as observações dos profissionais não médicos sobre o tema que estava sendo abordado.

As discussões tomaram outro rumo, quando uma enfermeira perguntou o porquê de alguns pacientes ficarem apáticos com o uso da medicação. A discussão passou a girar em torno da troca dos medicamentos, de quais medicamentos deveriam ser escolhidos e de sua dosagem. Nessa fase da reunião, três profissionais não médicos pediram o tempo de fala para retirarem dúvidas e fazerem colocações e não conseguiram. Da discussão sobre medicação migraram para debater sobre os exames, a interpretação deles, o preço das medicações. Um psiquiatra levantou-se no meio da reunião e sentou-se em posição mais centralizada na sala. Finalmente, uma das médicas sugeriu que em continuidade, assistissem a uma das aulas de Congresso de Medicina e não houve a finalização da discussão, o que inviabilizou a continuidade da reunião.

Conforme a ADC mostra, a linguagem é constitutiva dos sujeitos, das relações que eles estabelecem e é moldada pelos sujeitos e pelos contextos em que é utilizada. Participa da formação de crenças e de valores^{37, 40}.

Nos serviços de saúde, o tempo de fala nas reuniões e o tom de voz podem ser indicativos dos estilos, das identidades envolvidas nos processos de trabalho em equipe na saúde. O modo como as decisões são tomadas nas reuniões, os principais atores envolvidos na tomada de decisão mostra as relações que os profissionais de saúde estabelecem entre si no ambiente de trabalho, relacionando-se ao Significado Representacional. Os discursos dos profissionais médicos e não-médicos em interação revelam a prática social que é o trabalho em saúde. A própria reunião de trabalho, gênero, significado acional diz como o mundo, como a saúde mental é traduzida no estabelecimento de saúde que é o Adolescente⁴¹.

A Análise de Discurso Crítica considera que o discurso não representa apenas a linguagem. O discurso é também a palavra em movimento. Ele forma os processos sociais e é constituído por eles, relaciona-se com valores e crenças. O discurso é importante, porque participa da formação de identidades. Essas identidades interagem na atividade material concreta com comunicação verbal (por meio de palavras, escritas ou faladas), não verbal (linguagem corporal, expressões

faciais), para-verbal (sons, ruídos, intensidade da voz). Inclui imagens visuais. O discurso é uma prática social e é um dos elementos semióticos que constituem as práticas. O discurso é forma de exercer poder, ele constitui a formação de valores, crenças, desejos, instituições, modos de relacionamento, práticas materiais^{39,40}.

No caso da reunião de trabalho, em que uma das médicas alterou o tom de voz, tem a ver com o estilo do profissional. A intensidade da voz é um discurso, que faz referência ao poder que o médico tem dentro das equipes de saúde e também faz referência ao modo como a saúde é vivenciada no dia a dia: o saber do médico se sobrepõe ao saber dos outros profissionais. Nesse caso, a reunião tomou outros rumos de discussão e os assuntos abordados passaram a girar em torno de aspectos médico-farmacológicos e biológicos do tratamento, que pelo modo como aconteceu, foi uma imposição do cuidado biomédico à equipe de trabalho. Como o discurso é prática social, espaço de lutas por poder e hegemonia, assim como o trabalho, há confirmação da hegemonia médica nas reuniões de equipe de trabalho. O fato de um psiquiatra ter levantado do lugar em que se sentava, mais no canto da sala para uma posição mais centralizada também pode mostrar esse fenômeno.

Outro aspecto que reforça essa desigualdade social de valoração das profissões pode ser observado na organização das cadeiras da sala de reunião. Metade das cadeiras é acolchoada e outra metade são assentos de madeira. Geralmente, a equipe médica se assenta nessas cadeiras acolchoadas, sendo que por vezes ocupam posição mais centralizada na meia lua que constitui a organização da sala durante as reuniões de equipe. Além da equipe médica, assentam-se nesses lugares os profissionais com os quais eles têm maior afinidade.

Portanto, as desiguais valorações sociais das profissões que constroem os processos de trabalho e o trabalho em equipe podem ter impacto nos diferentes discursos profissionais dentro do serviço, no tempo em que os profissionais podem discursar e no impacto que determinado discurso profissional pode ter na mudança do processo de trabalho. O resultado disso é o peso desigual das decisões e sugestões nas reuniões das diferentes categorias profissionais.

Os embates podem facilitar ou dificultar a integração da equipe, a tal ponto que dificulte ou gere ruídos de comunicação, dificultando a integração das ações, a complementariedade e interdependência, a articulação entre os diversos

profissionais. Pode ser que aí resida a grande diferença entre a equipe integração e a equipe agrupamento⁸.

Em outra ocasião, em outra reunião de terça-feira, os profissionais do serviço precisavam tomar a decisão se uma das equipes do PAV poderia ter sede temporária no Adolescentro. O servidor responsável pela gerência do serviço compartilhou que não queria tomar a decisão de modo unilateral, então levou o caso para ser discutido por todos os profissionais presentes. Logo em seguida, uma das médicas disse que não concordava com a presença da equipe do PAV no serviço, porque ela atenderia apenas demandas de violência sexual. Outra médica compartilhou que seria interessante a equipe do PAV ter sede no Adolescentro, somente se fosse atender a demanda referente ao programa biopsicossocial. Após discussão, ficou decidido que a equipe poderia ficar provisoriamente no serviço, atendendo as demandas da violência sexual. Isso porque o gerente cogitou a possibilidade de barganhar a vinda de um técnico administrativo e um técnico de enfermagem para serem lotados no Adolescentro, em virtude da presença da equipe do PAV.

O trabalho em saúde mental pode ser o trabalho em equipe. O processo social das distribuições de poder nos serviços de saúde tem influências nas constituições do trabalho em equipe em agrupamento e em interação. As disputas por poder e hegemonia geram ruídos, com profundos impactos na comunicação e na articulação entre os fazeres profissionais. A falta de confiança e de respeito entre as categorias profissionais impede ou dificulta a interdependência das autonomias para a tomada de decisão com relação aos casos atendidos no serviço^{35, 8}. A consequência disso na prática é dificuldade de relação entre os programas biopsicossocial e o PAV Caliandra, que são ambos necessários ao atendimento integral do adolescente no Adolescentro. Profissionais do programa biopsicossocial não passam casos de violência sexual para o PAV e há reserva dos profissionais do PAV com relação à conduta de outros profissionais. Esses conflitos acabam por justapor e desintegrar os profissionais envolvidos no cuidado aos adolescentes do DF e entorno.

Com a existência desses conflitos, a comunicação passa a ser levada para o lado pessoal, os profissionais passam a trabalhar mais sozinhos, para evitarem o

desgaste emocional e a perda de tempo com discussões que muitas vezes se tornam inúteis e geram estresse aos envolvidos no cuidado. Logo ou a autonomia passa a ser plena, no sentido de que seria melhor para o profissional tomar a decisão sozinho do que se desgastar ou passa a não existir autonomia, no sentido de que acaba se tornando melhor um profissional tomar a decisão por todos, para evitar também o desgaste. Essa dinâmica pode comprometer a integração das equipes e a construção conjunta do processo de trabalho.

5.6. Análise temática das entrevistas profissionais

Considerando um dos objetivos ser conhecer a percepção dos profissionais de um Centro de Referência Especializado quanto ao trabalho em equipe, a partir das entrevistas profissionais foram selecionados trechos significativos das falas que representam os conceitos do trabalho em equipe analisados por Peduzzi⁸, além de outras extensões dessas percepções que estão intimamente conectadas aos conceitos de complementariedade, autonomia, articulação, interdependência, comunicação e diálogo e elaboração de plano assistencial comum, que foram selecionadas como categorias de análise deste trabalho.

A complementariedade pode ser analisada sob dois aspectos: se há profissão periférica a outras ou se não há essa relação⁸. Isso pôde ser identificado no trecho abaixo, na percepção de EP1, a complementariedade é uma possibilidade e não há profissão periférica às outras. Também mostra que o fazer em saúde necessita do saber de mais de uma profissão, tendo em vista a complexidade do cuidado⁸.

“...que trabalho em equipe é uma possibilidade, é uma alternativa de se trabalhar com vários olhares, várias perspectivas, é, visando maior resolutividade, ne?” EP1.

A complementariedade, quando considerada no aspecto de não haver profissão periférica a outras, aponta para a característica do modelo biopsicossocial de atendimento em saúde, quando destaca que as ações de cuidado da equipe precisam ser integradas, visto que a saúde não é responsabilidade de apenas uma categoria profissional. A equipe de saúde precisa ser responsável por cuidar de todas as dimensões do ser humano. O cuidado precisa acontecer por meio da complementariedade do agir das diferentes profissões na saúde^{6,7}.

“existe uma essência que precisa ser melhorada, precisa melhorar a questão do respeito e de ter um pensamento mais comum, é...da gente as vezes não sentir que tá....sendo

desvalorizado ou não sentir que o outro faz demais, ou faz de menos, de sentir, tentar ser mais igualitário” EP2.

O respeito é fundamental para que a complementariedade das ações dos profissionais de saúde aconteça. Revela também que para o trabalho em equipe aconteça, é preciso que o profissional não se sinta desvalorizado e que contribua de igual maneira, dentro do que lhe compete fazer, com o cuidado na saúde. Que tenha seu espaço de fala respeitado, que a equipe confie na capacidade e na formação profissionais dos seus integrantes. Outro aspecto importante da complementariedade: a definição clara do papel das profissões no cuidado ao adolescente e sua família, conforme o excerto a seguir:

“O papel da enfermagem...Na verdade, eu tinha a intenção, de quando eu comecei a trabalhar com adolescência, da gente fazer o CD do adolescente. Porque outras pessoas sempre me criticavam: mas porque que lá não faz o CD do adolescente, porque que lá a enfermeira não faz o atendimento de CD, né, que é essa consulta ao adolescente. E aí, pigarreou, a gente percebeu aqui que o papel, o espaço do enfermeiro era mais nos grupos educativos e nos atendimentos às famílias, né, que essa parte do CD, do atendimento ao adolescente, tanto do CD, quanto da avaliação neuromental, ficava muito com a parte médica. E o papel do enfermeiro aqui, ele é muito mais focado no atendimento da família, na parte de...instrumentalização, do cuidado, de cuidar dessas relações familiares, que é o suporte que a gente dava também à equipe médica. Então o papel do enfermeiro sempre ficou no atendimento às famílias, não no atendimento ao adolescente, diretamente, né, então mais aos grupos e essa parte de famílias” EP2.

O trabalho em equipe integração torna necessária a divisão técnica do trabalho⁸, sendo que o trabalho do médico no trecho selecionado, é central e do enfermeiro é periférico, no sentido de que o cuidado individual pode ser partilhado, além do que o cuidado às famílias também pode ser partilhado. A enfermeira chegou no trabalho pensando que também faria consulta, entretanto o papel definido para ela foi o de apenas cuidar das famílias. De acordo com o trecho analisado, a equipe médica cuidaria dos adolescentes e da avaliação das necessidades biológicas do adolescente e que a equipe de enfermagem teria como uma de suas responsabilidades o cuidado às famílias, que se processa por meio do trabalho de estratégias para desenvolvimento dos relacionamentos amorosos na família. Pelas falas seguintes há, também, profissão periférica no cuidado em saúde, porque metade dos problemas são resolvidos com medicação. No último trecho há certa

contradição na fala, visto que 50% para a medicação contribuir com o tratamento, ainda é participação muito alta, e segundo a fala, a psicologia somente age caso o paciente esteja medicado. Novamente o profissional se contradiz quando coloca que a própria utilização da medicação tem o objetivo de “apenas” reduzir os sintomas. As outras profissões, segundo esse trecho, são também periféricas ao fazer da medicina.

“... a gente faz a discussão dos casos clínicos, o que é interessante, porque cada um traz um olhar, então por exemplo, eu não vou ser psicóloga nem ...mas eu vou ter o **olhar** de psicóloga, entendeu? Por que? A psicóloga, enfermeira, nutrição, TO me ensina um olhar diferente pra aquele caso, então é interessante isso” EP3.

“Pra mim (a medicação) é menos de 50%. Por que? Grande parte, como eu falei, é fatores emocionais, então assim, a psi, a parte social, o contexto familiar, rede de proteção, isso fala muito mais alto. Por que que se medica? Em geral pra diminuir sintoma. Em geral só pra isso, pra diminuir sintoma, na realidade, por exemplo, ta quebrando a casa e ta quebrando a mãe, aí se dá um calmante, um “sossega leão” e é verdade, é um sossega leão, faz esse menino dormir, faz esse menino acalmar, pra que? Pra que a psicóloga consegue...consiga interagir com ele, consiga fazer uma terapia, entendeu? Então quer dizer, você diminui o sintoma mas não acaba, porque nem, aliás, até porque adolescência não passa remédios fortes, não passa doses altas. Então é só pra reduzir um pouco os sintomas, mas não é tratamento”EP3.

Outro ponto é a complexidade do alcance da complementariedade no cuidado, tendo em vista que a concatenação dos processos de trabalho, bem como dos conhecimentos adquiridos ao longo da trajetória dos profissionais, além da comunicação, do diálogo e dos conflitos fazem parte da construção da complementariedade.

“Às vezes quase sempre, né, e....e as pessoas também trazem outros tipos de experiências profissionais também, que às vezes são diferentes da que você tem, né? então isso às vezes é um pouco difícil de você concatenar tudo direitinho, né? Só que ao mesmo tempo eu vejo que é muito necessário. Eu já trabalhei em lugar que era sozinho, e foi horrível, porque você não tinha ninguém pra discutir, pra fazer uma supervisão, que eu acho que é...uma hora muito rica do trabalho, a hora que a gente tem a supervisão dos casos, né, em que você conversa sobre esses casos que os pacientes com outros profissionais pra ter outros olhares, né? então esse trabalho em equipe ele é MUITO necessário”. EP4

Em oposição ao conceito de complementariedade, um dos entrevistados afirmou ser impossível trabalhar em equipe. A justificativa dada tem a ver com a dificuldade de compatibilizar a diversidade das formações e das experiências

profissionais para construção do cuidado na saúde. Esse entrevistado colocou a convivência entre as diferentes identidades e os vários saberes profissionais como fatores dificultadores do trabalho em equipe, sendo que essas questões levariam a que a interação entre os profissionais fosse superficial, o que dificultaria bastante um aprofundamento do trabalho em equipe. Por essa entrevista, pode-se observar que as diferentes concepções de trabalho em equipe tornam a realidade do trabalho em saúde complexa e diversa, pois ele coloca em contato pessoas que não vêem dificuldade em trabalhar de maneira integrada com outras que têm dificuldade e ainda assim, o trabalho precisa existir. O trecho a seguir ilustra a entrevista:

“... o trabalho em equipe é um trabalho realizado por pessoas de várias identidades, é...vários saberes...é...é muito difícil e acho quase impossível que haja uma semelhança média...entre eles...as semelhanças, ela há, mas...é... superficial, porque não se pode aprofundar.... essas semelhanças elas se cruzam, mas é.... fica difícil com as competências, com os talentos, com as escolhas pelo que é cada profissão, essa coisa ser igual. Os cursos são inteiramente diferentes, não tem nenhum muito igual ao outro, é igual a meta talvez...a meta é a saúde, mas os cursos são completamente diferentes, grade curricular, interesse pessoal praquele curso render outros frutos do curso, a partir do curso, do término se entra em outros cursos, em outros cursos, vem a experiência e é muito difícil ter isso nivelado, e aí isso...não! Eu considero impossível” EP13.

A interdependência aponta para a utilização da autonomia técnica profissional, que envolve a própria tomada de decisão, e da integração com o julgamento de outros profissionais⁸. A fala seguinte mostra que o entrelaçamento das ações e das visões das profissões na condução do caso permite que haja o olhar mais aprofundado de cada família.

“A gente acha que a medicina é o bio, mas não, a medicina é tudo, é bio-psicos-social, então tá em-tre-la-ça-da com todas, na realidade isso de..de..deveria existir seeempre, né, todas as especialidades fazem parte em entremeio, é claro que você não consegue entrar fundo, por isso que eu falo que é importante, por exemplo, o olhar da enfermeira, o olhar da nutrição, o olhar da TO, porque assim, eu não vou ter um olhar aprofundado, eu vou ter um olhar superficial, vocês é que me ajudam a aprofundar naquela área, entendeu? Mas é tudo relacionado, não tem o bio sozinho, não tem a doença sozinha, isso não existe” EP3.

Considerando que o trecho acima foi proferido na mesma entrevista em que o profissional afirma a medicação ter metade da importância do tratamento, pode haver, de certa forma, distanciamento do discurso com a prática profissional, visto

que se o cuidado ao usuário precisa ser integral, então a atribuição do espaço de atuação das diferentes profissões precisa também ser equilibrado. Esse caminho é possível por meio da complementariedade das ações, do respeito ao saber de todas as profissões, do compartilhamento do espaço de fala e do poder de decisão a todas as categorias profissionais presentes em espaços decisórios. Assim como o trecho anterior de EP3 reforça, a atuação das categorias profissionais permite um aprofundamento da visão dos casos trabalhados e pode permitir um maior levantamento de possibilidades de ação por parte da equipe.

O próximo trecho trabalha a questão da interdependência enquanto capacidade de construção conjunta do trabalho, que implica na arguição de determinados procedimentos técnicos ou ações profissionais, outra característica da equipe integração⁸. Também fala sobre outra característica importante do trabalho em equipe, que é a comunicação voltada para as questões do trabalho. Tudo isso se une na interdependência, porque é por meio da soma das autonomias e da dependência dos diversos processos de trabalho em saúde que o trabalho em equipe é construído.

“num é coleguismo, não é isso que eu queria falar...mas eu acho que é uma proteção mútua, de saber também a fragilidade do colega, e poder ajudá-lo, mas a fragilidade que eu falo é assim, é...tipo, você tá observando alguma condução do caso, alguma coisa assim, ter a liberdade de falar tecnicamente com o colega: olha...eu acho que não é essa a condução, né, a minha avaliação é um pouco diferente da sua, eu acho que isso faz parte do trabalho de equipe, também e construção de coisas conjuntas, que também é uma outra coisa muito difícil, né? O entendimento de que, né, qual é o nosso objetivo no serviço, porque que a gente tá aqui, pra onde que a gente vai, qual é o nosso dever com o usuário, eu acho que essa construção dessa visão conjunta, né, do serviço, do que fazer, eu acho que isso é um trabalho em equipe” EP6.

Importante não esquecer que o conceito de interdependência relaciona-se restritamente com o conceito de autonomia. Nas equipes agrupamento não há interdependência entre os diversos profissionais, já na equipe interação há interdependência entre o agir dos profissionais⁸. De forma bem clara, a interdependência ocorre com o profundo reconhecimento da importância do trabalho do outro na equipe. Essa atitude dá abertura para que a articulação aconteça.

Ela somente vai existir caso haja disponibilidade para o compartilhamento das responsabilidades no cuidado. Se essa disponibilidade de compartilhar o conhecimento ou de contribuir com o atendimento acontecer somente entre os profissionais da classe médica entre si, ou entre os psicólogos ou enfermeiros entre si, a comunicação entre os membros da equipe ficará comprometida.

A articulação se refere aos diversos momentos em que os acordos entre os membros da equipe são realizados. Na fala seguinte, a profissional coloca que a supervisão é o momento em que acontece o direcionamento do tratamento, a discussão dos casos dos pacientes, por meio do contato entre os diferentes profissionais, a articulação em si. Ela não acontece sem comunicação e diálogo⁸. A articulação gera a complementariedade entre os diversos saberes profissionais e sustenta a interdependência, na medida em que possibilita as autonomias profissionais se complementarem na produção do cuidado em saúde. Esses conceitos são muito conectados.

“eu atendo o paciente, levo o caso pra supervisão, discuto com o restante da equipe o que eles entendem que é o melhor tratamento pra esse paciente e aí depois da discussão que eu costumo agendar o que for direcionado na supervisão, pra que os outros pacientes possam ser agendados, então geralmente eu marco depois da supervisão” EP7.

“(…) as pessoas possam ta discutindo planos de cuidado em conjunto, que as pessoas tenham interesses em comum, visando, no nosso caso, visando o paciente, a melhoria dos serviços prestados à comunidade (…)” EP2.

“Meus atendimentos são feitos por...meu agendamentos são feitos por outros profissionais, né, que atendem o paciente, da família e identificam que precisa de atendimento nosso...ou nos grupos, também é identificado: ah, essa família precisa de uma atendimento da...da enfermeira” EP2.

“Anorexia, bulimia...porque né, a síndrome metabólica ta relacionada com o ovário policístico, então aí...eles percebem na ginecologia e passam pra mim, né? pra ajudar na alimentação, porque tem que ser um conjunto, ne, no tratamento desse paciente, ne, eu entendo isso como trabalho em equipe. Aí a gente conversa sobre a medicação, sobre as condutas e aí eu trabalho na alimentação com esse paciente” EP5.

Além da comunicação direta dos casos, a articulação também pode ser realizada por meios dos agendamentos de consultas conforme decisão de um ou mais profissionais. O ganho de tempo e o ganho na qualidade do cuidado favorecem o usuário e a construção dos Planos Terapêuticos Singulares.

Autonomia tem a ver com a aplicabilidade do cardápio de atendimento do serviço aos casos com os quais os profissionais se deparam no dia a dia. Envolve algum grau de incerteza e também o profissional perceber que o seu saber pode não ser suficiente para o que o usuário necessita. A complementação de saberes, a tomada de decisão considerando opinião dos outros profissionais e a comunicação dessas decisões entre os profissionais são meios de garantir a integração das equipes, são meios de conquistar autonomias que sejam interdependentes⁸. No trecho abaixo (EP8), a autonomia acontece por meio da complementação dos saberes.

“É... aqui não, aqui...tanto nós profissionais, como as assistentes sociais, a gente faz os mesmos trabalhos, da mesma forma, e...incluindo todas as outras categorias profissionais, mas principalmente nessa...nessa forma mais...é..com uma certa...olhar o outro, né? hum...não diria humildade, mas assim...uma dis-po-nibilidade de ta aprendendo com a pessoa que a gente cuida. E sempre procurando aprender com os colegas e isso é muito enriquecedor do trabalho de equipe aqui, porque é...a forma como eu aprendi a trabalhar no Adolescentro, observando como é que as psiquiatras veem a mesma pessoa que eu to cuidando, como é o procedimento da assistente social, como é que a enfermagem cuida da família e das adolescentes ao mesmo tempo, como é que os meus colegas conduzem, de uma outra forma, a mesma situação; tudo isso enriquece muito, tudo isso melhora a qualidade da assistência e.. a gente cresce muito em muitos aspectos, principalmente é...nos horizontes, a gente vê as coisas de uma forma muito mais ampla e enriquecida” EP8.

Em contrapartida, reforçando que há mundos diversos nesse local de trabalho, os trechos a seguir mostram que há dificuldade no respeito às autonomias técnicas entre as diferentes profissões do serviço. Também que pode haver dificuldade em inserir a participação de categorias não médicas no cuidado, na criação de novos trabalhos do serviço. Essas barreiras comunicacionais dificultam a complementariedade entre os saberes, a necessidade de medicalizar, de dar o diagnóstico rapidamente para orientar o tratamento do usuário compromete a qualidade do serviço prestado, visto que o segundo trecho da entrevista do profissional EP9 mostra que ele não atesta o diagnóstico médico, caso não concorde com ele. A interdependência e a complementariedade entre o fazer das profissões está comprometido, devido ao desrespeito à autonomia técnica entre os membros da equipe multiprofissional. A dificuldade de comunicação prejudica a articulação entre as diferentes profissões, nos trechos de EP9 a seguir.

Por isso é importante reforçar a diversidade do trabalho em equipe que existe no Adolescentro, porque ao mesmo tempo em que há profissionais que declaram ter autonomia e ao mesmo tempo disponibilidade de aprender com as demais categorias profissionais, há também desrespeito entre outras categorias profissionais, falta de disponibilidade em aprender e em construir o cuidado ao usuário compartilhando o saber fazer, as tecnologias leve-duras, das diferentes profissões.

“Bom, eu acho que respeito é o que tem menos acontecido em relação à profissão, né, é....respira...começa a chorar...silêncio...é..eu tenho, né, vivido uma grande dificuldade em relação a isso, (fala chorando), porque é....algumas ..é....algumas questões que são bem específicas da profissão, outros profissionais tem, ne, tomado pra si, ne, intervindo, ne, pensando trabalhos em grupo sem nem sequer cogitar a participação da profissional do serviço. Então, acho que isso é um desrespeito, porque nem sequer falar: olha, eu to pensando em fazer, ne..., um grupo, que que se acha? Se acha que pode contribuir em que? Você quer participar do projeto, ne, então isso é muito claro, assim, não existe esse respeito, esse compartilhamento, essa troca de ideias, simplesmente eu e outras pessoas somos surpreendidas com alguns relatos de colegas dizendo que tão intervindo, que tão fazendo um grupo com coisas que são até bem específicas da área” EP9.

“Bom, autonomia eu tenho, mas isso às vezes não é bem aceito pelo restante da equipe, ne, que é...acaba questionando, acaba colocando em descrédito, né, porque...são lógicas diferentes. Existe muito a questão da lógica biomédica, de medicalizar, de..é...DAR um diagnóstico, né...eu percebo que às vezes o diagnóstico tem que ser dado, ne, na primeira consulta, ne, com o médico ou logo...e existem diagnósticos, ne, bem específicos que não devem ser dados tão de imediato, que você precisa de um tempo de avaliação pra que isso se confirme, né, então isso eu acho que gera um..um desconforto, ne, com os profissionais que encaminham pra profissional já dando um diagnóstico. E...eu não atestando esse diagnóstico, eu não concordando com ele ou eu, né, não tendo certeza dele acaba gerando algumas questões com a equipe” EP9.

Às vezes a autonomia técnica não é acompanhada do respeito da equipe às decisões profissionais. De acordo com a profissional EP9, em que a profissional retrata claramente o desrespeito no sentido de não ter espaço para compartilhar com a equipe, a percepção que tem do cuidado.

Ainda no trecho de EP9, o profissional destaca que os usuários vão encaminhados para ele com diagnóstico, sendo que o usuário passou por apenas uma consulta no serviço. O modelo biomédico considera os fatores biológicos para a

intervenção, herança do paradigma flexneriano de organização do sistema de saúde, voltado para assistência à saúde no âmbito hospitalar, com concepção mecânica do processo saúde-doença, com visão médico-curativa e reducionismo da causalidade das doenças. A consequência disso nos serviços de saúde é a excessiva fragmentação dos processos de trabalho, a hierarquização entre as profissões, o que compromete o cuidado e também o exercício da autonomia técnica das profissões não-médicas^{5, 8}.

Em especial, pode-se destacar que o paradigma biopsiocossocial de atendimento à saúde não considera que a responsabilidade do cuidado seja de apenas uma categoria profissional, nem que a etiologia das doenças seja unicausal, o que abre espaço para atuação da equipe multiprofissional em saúde^{6; 7}.

Um aspecto muito importante da autonomia, que não pode ser negligenciado, é que há necessidade não somente de recursos humanos, mas também de recursos materiais para que o trabalho em saúde aconteça. Os recursos materiais podem, de acordo com o trecho a seguir, se tornarem limitadores da autonomia profissional.

“Tenho, até que a gente tem, mas, muito mais até, por exemplo, as vezes eu pegava uma gastrite, uma úlcera, que eu queria passar uns remédios, mas a secretaria antigamente nem Omeprazol tinha. Muito mal Label, que é ranitidina.”EP3

“... agora, nem sempre essa decisão que eu tomo é viável, por que? Às vezes depende de um pedido de exame, que você não tem o Track Care, não tem internet, aí não tem como pedir exame pelo Track Care ou então o paciente faz e você não tem como ver o resultado do exame, por quê? Onde ele fez não tem papel pra imprimir o exame pra eu olhar esse exame e aqui eu não tenho internet pra ver esse exame, então ele faz e eu fico sem resultado. Isso é uma frustração muito grande.” EP4.

Retomando os aspectos positivos do trabalho em equipe no Adolescentro e levando em consideração os aspectos teóricos⁸, a comunicação e diálogo viabilizam o processo do cuidado em saúde. Permitem a revisão e a reavaliação constante dos serviços prestados, por meio deles se valoriza, reconhece e principalmente conhece os diferentes trabalhos que compõem a saúde. Enquanto os profissionais somam os conhecimentos, dividem as dúvidas e dificuldades nos atendimentos, eles dialogam e constroem o cuidado, conforme o trecho de EP8. Entretanto, mais do que comunicar-se regularmente, para que o trabalho em equipe exista, é necessário que o que os profissionais comunicam faça eco no processo de trabalho do outro,

segundo EP6. Esse processo só existe quando há desapego do poder das classes profissionais.

“É somar visões, somar conhecimentos, somar sentimentos, é dividir dúvidas, dividir dificuldades, é tentar achar algo em comum em prol da melhoria da qualidade que a gente atende, da atenção, pra juntar tudo de bom que a gente tem e diminuir as dificuldades pra oferecer o melhor produto pra pessoa que a gente cuida” EP8.

“Ai...vamos lá...é um trem difícil, risos, é bonito de falar, mas não é uma tarefa fácil, porque envolve: é...como que eu posso falar...um certo desapego ao poder das classes profissionais, eu acho que tem um pouco disso, né, tipo...é saber que o conhecimento do outro é tão importante quanto o meu, eu acho que isso é uma dificuldade, muito grande, né, então eu acho que tem um pouco disso, de ter respeito pelo conhecimento do outro, abrir um pouco mão dessa visão única, né, porque as vezes as pessoas acham que tão trabalhando em equipe, mas no final é assim, o que eu acho, eu continuo achando, independente do que o meu colega falou, entendeu? Pra mim isso não é trabalho em equipe, **porque se a fala do outro não faz eco nenhum no meu trabalho**, então isso não é trabalho em equipe, eu continuo trabalhando sozinha e com outras pessoas perto” EP6 (grifo da pesquisadora).

Quando a comunicação é mais voltada e mais frequentemente realizada entre pessoas que tem mais afinidade, ela se torna pessoal e pode prejudicar a integração da equipe como um todo⁸. Nas tipologias de trabalho em equipe, uma das características da equipe agrupamento é a comunicação externa ao trabalho e a comunicação estritamente pessoal⁸. Para que o trabalho em equipe aconteça, é importante que haja comunicação voltada às questões do trabalho com qualquer profissional, para que a ação se volte à melhora do cuidado ao usuário. A comunicação estritamente pessoal e a seleção de grupos de trabalho por afinidade dificultam a integração das equipes.

“é um trabalho, sim, que quando eu penso no grupo e elaboro e aí eu junto com uma pessoa que eu acho que tem a ver com a minha filosofia de trabalho e a gente monta, pensa um grupo junto” EP10.

O diálogo precisa ser respeitoso, considerando a dimensão humana da comunicação, mas somado a esse fator, ele precisa partir do pressuposto de que todas as profissões são necessárias e importantes para a constituição do trabalho em equipe em saúde, seja essa equipe de saúde mental ou não. O diálogo permite a resolução dos conflitos que são inerentes ao trabalho em equipe e por meio da

flexibilidade das regras, acordos, além do compartilhamento das decisões e responsabilidades, o trabalho em equipe passa a existir⁸.

As práticas comunicativas dos profissionais precisam estar voltadas para o diálogo, porque permite que o trabalho se desenvolva por meio de vivências que estimulem a reflexão e a participação dos diversos atores implicados no ato comunicativo⁵⁵.

A elaboração do plano assistencial comum reúne todas as categorias trabalhadas anteriormente, porque agrega as múltiplas dimensões do cuidado. As autonomias profissionais precisam ser articuladas e interdependentes, todas construídas com comunicação e diálogo, culminam na construção de um plano para assistência, vigilância e acompanhamento dos pacientes⁸.

“... eu participo das reuniões de supervisão, porque a gente precisa montar o plano terapêutico, então toda equipe, mesmo quem ta de fora precisa saber o que ta acontecendo, pra gente poder montar o plano, e fazer as marcações das consultas e acompanhar aquele adolescente durante o período que ele tiver aqui no Adolescentro...” EP11.

“e a supervisão do acolhimento, que às vezes a gente se perde, ne, deixa de fazer, mas elas são muito importantes pra gente afinar o nosso filtro, o nosso olhar, pra gente da um pouco de uniformidade nos...nos casos...” EP1.

No caso do serviço especializado analisado durante a realização desta pesquisa, os momentos de supervisão são importantes mecanismos de integração da equipe, momentos em que os diversos casos atendidos em um período são assistidos pelos diferentes membros da equipe multiprofissional. Conforme visualizado nas falas anteriores e mesmo após as descrições de processo de trabalho, alguns grupos terapêuticos possuem supervisão antes e após a realização dos encontros e durante a realização da pesquisa, ao final dos turnos, existia a supervisão das entrevistas iniciais realizadas nos turnos de funcionamento.

O objetivo dessas supervisões consiste em analisar, caso a caso, os casos atendidos, mesmo em grupos compostos por 15 adolescentes. Essa revisão dos casos permite o aprimoramento do atendimento que será oferecido aos pacientes e até mesmo a construção dos “caminhos” que os usuários vão percorrer durante o atendimento no serviço. Nelas, pode haver espaço para o compartilhamento de saberes e poderes entre os diferentes profissionais, a materialização do trabalho em

equipe, a arguição entre os profissionais nas condutas adotadas durante a realização dos grupos ou durante as consultas individuais.

Esse processo de construção conjunta dos planos pode permitir a flexibilidade dos atendimentos realizados e das condutas tomadas, porque analisa caso a caso. Além disso, pode permitir que os profissionais afinem as decisões que tomam em casos parecidos. Busca levar em consideração os contextos familiares dos adolescentes, os fatores estressores, as relações que se estabelecem entre os diferentes membros das famílias, as condições de moradia e de renda dos moradores de determinada casa, as redes de apoio e de proteção das famílias. E, finalmente, nelas, são construídos os planos de atendimento dos pacientes do serviço.

E mais, ele pode contribuir para a vivência do princípio da integralidade do SUS. A Lei 8080 de 1990, no artigo sétimo trata da integralidade, ao dizer que ela existe quando há articulação contínua das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidas para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema²⁵. Portanto, a concretização da integralidade deve ser perseguida pelos serviços de saúde constituintes do sistema e as supervisões e elaborações de PTS são meios para que ela seja alcançada.

Outro fator positivo da supervisão é que a equipe evita que a cada consulta haja nova coleta de dados iniciais. Passa a existir uma linha de raciocínio que orienta o tratamento do paciente no serviço e que ajuda com que o ser humano seja compreendido como um ser integral. As ações integradas dos profissionais trabalham para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos pacientes que foram absorvidos pelo serviço.

Segundo Viegas e Penna²⁸, a integralidade permite visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidade. Para que ela seja construída, é necessário que os trabalhadores utilizem seu potencial criativo juntamente com a equipe de trabalho de forma coordenada para promover a saúde usuário-centrada. Ao centrar no usuário a atenção à saúde, trabalhando em uma equipe multiprofissional, deve-se procurar conhecer o usuário em todos os seus aspectos: físico, biológico, social, psicológico, cultural, espiritual. O trabalho da equipe multiprofissional, formada por diferentes profissionais, ainda pode ser

interdisciplinar, quando procura dar soluções integradas de conhecimento em resposta ao conhecimento disciplinar que é fragmentado. Na prática, cada profissional enxerga determinada realidade ou problema, procurando dar a alternativa que lhe é competente para a solução do caso determinado.

Pode-se comparar a comunicação nos serviços de saúde mental com a que acontece em UTI, por exemplo, onde a comunicação ocorre mais frequentemente entre os pares profissionais, como técnicos de enfermagem e enfermeiros, residentes de fisioterapia e fisioterapeuta *staff*, médicos e residentes. A comunicação é mínima, lacônica. A discussão dos casos ocorre entre os pares também^{8, p163}.

Comparativamente, no serviço de saúde mental há processo de comunicação semelhante ao que acontece no Adolescentro⁸. A característica fundamental da comunicação é que ela acontece entre os diferentes profissionais, o que reforça o trabalho em equipe e a busca pela integralidade do atendimento em saúde. A comunicação é ampla, chegando a ser prolixa, algumas vezes, porém a finalidade é o esgotamento do estudo das capacidades de atuação da equipe. Nos grupos terapêuticos de serviços de saúde mental, pode ser mais comum a interação estimulada entre os membros da equipe, tendo em vista a complexidade dos casos atendidos nos serviços.

Os próximos trechos analisados correspondem à percepção que os profissionais têm a respeito da adolescência. Há uma visão dessa fase naturalizada pela sociedade. As características atribuídas são: fase de tensão, com conflitos comportamentais e psíquicos, hostilidade pela separação dos pais, abismo entre as gerações, com instabilidade emocional. A adolescência é vista como natural e normal. Corresponde à transição entre a infância e a idade adulta. E o normal é o adolescente passar por tensões e conflitos, tanto que quando alguma pessoa diz que tem filhos adolescentes, é comum outras pessoas falarem o quão é difícil lidar com essa fase. O processo de desencadeamento da crise da adolescência ocorre quando o indivíduo desperta biologicamente o exercício da genitalidade para a procriação²⁰.

“eu acho que é um período muito complicado, sorri...não...eu acho que é uma fase da vida necessária, né, pra formação da pessoa, embora seja complicada, né?” EP12.

“Ah... adolescência é uma fase de intensa transformação, eu digo sempre que depois da fase intrauterina, a fase de maior transformação é a adolescência. Então é uma fase muito tensa, uma fase rápida, mas de grandes transformações, de grandes mudanças, de grandes conflitos...de...descobertas, é **muito** intensa essa fase, é uma fase de muita...de muito sofrimento também, muitas vezes” EP11.

“É um período muito intenso, muito forte, muito, muito rico da vida de uma pessoa e a gente tem que tratar com muito cuidado, com muito tato, porque é um indivíduo que não é mais uma criança e também não é ainda um adulto, e é um período que ta descobrindo a sexualidade, ta descobrindo a afetividade por pessoas é...é...do ponto de vista é...erótico-amoroso, entendeu? É...também ta vendo que aquela identidade que ele tem não é a do pai e a da mãe, que ele pode ter pensamentos diferentes, que ele pode divergir do pensamento do pai, da mãe ou do responsável por ele, né, então tem os conflitos familiares que começam a surgir nessa idade...” EP4.

A perspectiva histórico-cultural, para além de uma concepção biológica ou até mesmo, para além de uma naturalização da adolescência, amplia a concepção e ajuda a explicar a adolescência socialmente, com base nas influências culturais pelas quais cada indivíduo passa e, não necessariamente, coloca a causa das tensões na adolescência nos hormônios e na sexualidade. Logo há uma contextualização coletiva, com superação da visão negativa sobre a idade. Não se pode desconsiderar que a adolescência sofre influências de processos que são culturais, que fica ilustrado na seguinte fala:

“eu entendo que a cultura traz coisas negativas pra adolescência, né? Pra mim, muito resquício do processo da ditadura, muito dos resquícios de silenciar uma voz que é muito atuante, que é muito firme, né? Então a adolescência, o processo biológico da adolescência ele acontece em todas as culturas, né? o processo do crescimento, do desenvolvimento, do ganho de autonomia, de se pertencer a outros grupo, sem despertencen da família, eu percebo que todos esses processos da adolescência, eles não são, eles não passam, na realidade, pelas, pelos conceitos negativos que o social acaba atribuindo à adolescência, né? Eu brinco muito aqui no grupo de pais, olha, temos idosos difíceis, né? com temperamento, com transtorno, com sofrimento, temos crianças que sofrem, que fazem birra, que expressam o sofrimento de alguma forma. E na adolescência, a gente tem 1% que sofre e que expressa a comunicação de outra forma, e atribuir a adolescência, maior agressividade, maior violência, não, isso aí eu não concordo não, eu acho que isso aí é muito mais uma questão cultural, social, do que é legal, do que real” EP1.

O trecho anterior de EP1 ressalta como aspectos da própria história e cultura brasileira influenciam a concepção sobre a adolescência, então o profissional relaciona essa visão negativa a cargas culturais que a própria ditadura colocou enquanto experiência do país. Essa análise é interessante, pois em ambiente de muita repressão social, não há espaço para manifestação de pensamentos ou mesmo para que as pessoas desenvolvem pensamentos ideológicos e políticos que podem criticar o *status quo*.

Existem adolescências e o modo de produção da sociedade capitalista influencia a própria vivência dessa fase. A adolescência, considerando essa perspectiva, seria uma fase de preparação para o mercado de trabalho e para a vida adulta. Isso está relacionado com o aumento do tempo de estudo, o prolongamento do período que eles passam na escola. Dessa forma as características são construídas com base nas relações sociais, econômicas²⁰.

As condições materiais familiares são também determinantes dessa fase ²⁰. Famílias de baixa renda, cujos pais ou somente a mãe passam o dia fora de casa trabalhando para o sustento da família, que agora nos tempos de crise econômica brasileira tem sofrido com desemprego, são famílias que acabam sofrendo sobrecarga emocional também pela dificuldade econômica em que vivem. Somado a esses fatores, a alimentação é pobre em nutrientes, rica em carboidratos.

Os filhos passam o dia em casa, sozinhos, no celular ou na televisão, ou passam o dia na rua, sem limites, sem obrigatoriedade de separar tempo para descanso e para estudo. Convivem com responsáveis que chegam em casa estressados do trabalho e não tem tempo ou paciência para comunicarem-se com os filhos. Resulta, muitas vezes, em adolescentes sem limites ou com grandes “buracos” afetivos, desprotegidos. Essa descrição refere-se a muitas famílias atendidas no serviço estudado, porém esse perfil não foi levantado por ocasião da realização desta pesquisa, apenas por vivência profissional. O trecho a seguir, da EP1, mostra que dependendo do contexto em que as pessoas são educadas, a respostas desses indivíduos às demandas sociais será diferenciada, porque os fatores culturais de formação foram diferenciados.

“Então a adolescência é, pra 80% das pessoas, um período tranquilo, um período que vai transcorrer as mudanças corporais existem, elas

assustam, mas se você tiver um suporte afetivo, um suporte familiar, mínimo que seja, a adolescência tende a ser um processo tranquilo. Agora, adolescentes, com histórias difíceis na infância, vítimas de violência, com processos de exclusão já instalado, é... não tem que cobrar desse adolescente respostas que as pessoas dizem resilientes, não, a gente espera deles, o que eles podem dar.” EP1

A pós-modernidade caracteriza-se também por presença de ideologias de massa, que mostram o capitalismo como superado e como se a distribuição de renda ocorresse na realidade para todos e todos fossem iguais. Ela leva as pessoas a acreditarem que a luta de classes não mais existe, entretanto está a serviço do capitalismo monopolista de forma extrema, porque a renda continua concentrada nas mãos de poucas pessoas²⁰.

A percepção do profissional pode ser influenciada também por fatores da formação profissional, com conhecimentos e vivências adquiridos na prática profissional, e considerando que o Adolescentro é espaço para a capacitação de profissionais para atuação com adolescentes, essa formação se mostra nos trechos seguintes:

“uma fase de muitas transformações, descobertas, vivências de grandes emoções, explosões de sentimentos, acho que é uma fase muito legal, né, desde que esse adolescente tenha um apoio, tenha uma família por trás pra dar suporte, pra orientar, pra proteger, e isso...acho que é uma fase muito bacana da vida” EP9.

“Eu adoro, adoro assim, eu não entendo quando as pessoas falam ah...ABORRESCÊNCIA... pra mim tudo fez sentido quando eu ouvi a palavra AMORESCÊNCIA (ela continua com um sorriso no rosto e na voz). Amorescência é o significado do que eu sinto quando eu olho pra elas. Eu acho que é uma fase de oportunidade. Uma fase de campo muito fértil. A sementinha tá ali. A gente rega ela com os melhores adubos e vai dar uma planta maravilhosa. Se a gente não aproveita esse, essa janela de oportunidade na vida dessa pessoa que quando chega aqui tá com muita dificuldade, a gente...desiste de um sonho, desiste de um projeto de uma vida que fica comprometido pra sempre se a gente não fizer o melhor aqui. Então pra mim adolescência é vida. É... tudo de bom” EP8.

A adolescência é representada de modo positivo nos trechos anteriores. Essa representação positiva pode ter sido influenciada pela classe social a que pertencem as profissionais, além disso pela estrutura familiar na época da adolescência, pela própria história de vida, por terem cor de pele branca. Os discursos profissionais

referem-se aos estilos de cada pessoa, às identidades vivenciadas por elas. Esses discursos são influenciados também pelas formações profissionais e pelas relações que são estabelecidas no ambiente de trabalho^{39, 35}. A formação profissional influencia o modo como eles enxergam essa fase, conforme o trecho anterior da fala de EP8. Enxergar a adolescência como fase de oportunidades, abre possibilidade para que os profissionais atuem de modo a prevenir doenças e a promover saúde, porque a concepção de **amorescência** reflete que o investimento feito pelo profissional pode ter resultados. Somado a isso, os profissionais apenas investem tempo e sua qualificação profissional em projetos ou pessoas ou faixas etárias que acreditam ir para a frente, dar certo na vida.

Conforme os trechos seguintes, resultantes das falas de uma enfermeira e de uma psicóloga, as formações profissionais têm forte influência na escolha da conduta profissional a ser adotada, isso porque a perspectiva dos olhares, do que chama atenção para a atuação é diferenciada. O conteúdo da entrevista da enfermeira está voltado para questões de prevenção de doenças e promoção da saúde e o da psicóloga, para questões do desenvolvimento psicológico do adolescente, conforme pode ser visto a seguir:

“E acho que quando a gente favorece o cresc..o desenvolvimento de uma adolescência saudável, o dar condições ao adolescente...deles terem autonomia, de crescer, que a família possa ta apoiando, a gente favorece uma vida adulta saudável”EP2.

“uma fase de...em que funções importantes estão sendo estruturadas, algumas estão sendo fechadas, e outras estão sendo de fato adquiridas, então é uma fase MUITO importante do desenvolvimento neuropsicológico, é uma fase muito rica, eu acho que é...de algumas escolhas importantes, que socialmente a gente acaba deixando pra eles nessa fase né? Então é uma fase que eles lidar com muita coisa, que tão adquirindo capacidades diferentes, o corpo ta mudando, muita coisa mudando e muita cobrança acontecendo, então eu acho que é uma fase importante pra gente fazer um trabalho preventivo e, ou então pra minimizar prejuízo que já veio do desenvolvimento, né, em termos de serviço de saúde, né?” EP6.

5.7. Análise de Discurso Crítica da reunião de profissionais do Grupo de Entrada

A equipe estava sentada com o objetivo de avaliar o trabalho realizado pelo Grupo de Entrada, desde Outubro de 2015, quando começou a nova conformação dos encontros. Havia 16 profissionais participando da reunião, sendo quatro enfermeiras, uma ginecologista, uma psiquiatra, uma assistente social, um médico de família, duas técnicas de enfermagem e 4 profissionais em treinamento, sendo 2 residentes e 2 em finalização do treinamento em serviço.

A ADC permite que sejam discutidas questões importantes ligadas ao próprio conceito e estruturação do trabalho das equipes de saúde. Duas questões importantes puderam ser realizadas a partir do contexto dessa observação participante: 1) Como se dava o jogo das hierarquias entre os diferentes profissionais que participavam da reunião; 2) Há indícios de que a hegemonia do trabalho dos médicos é superior ao das outras categorias profissionais? Outro ponto interessante é que a intertextualidade desenvolvida entre as falas dos profissionais mostra o tipo de trabalho em equipe desenvolvido pelas duas constituições responsáveis pela realização dos grupos de entrada na segunda à tarde e na quinta pela manhã.

Para responder a primeira questão, pode-se começar explicitando que a reunião começou com quinze participantes sentados em roda. A coordenação das discussões estava sob responsabilidade de uma psicóloga. Aproximadamente no meio da reunião, um outro profissional, médico, chegou e optou por sentar-se fora da roda. E a reunião prosseguiu com essa conformação. Quinze profissionais em roda e um fora da roda.

A reunião iniciou com resgate histórico das outras conformações de grupo e com a avaliação dos ganhos conquistados com a nova organização. Os ganhos listados foram: a participação de várias categorias profissionais, como psicólogos, médicos, assistentes sociais, fonoaudiólogo, além dos profissionais da enfermagem, que anteriormente conduziam e organizavam o grupo, sozinhos.

O grande ganho foi a complementariedade, interdependência e articulação dos processos de trabalho, o que pode mostrar indícios de existência de equipe integração⁸. Além disso, com a participação das diferentes categorias profissionais, o PTS passou a ser mais resolutivo, a enxergar mais possibilidades de atuação da equipe multiprofissional.

Outro ganho foi a facilitação do vínculo com as famílias e especialmente dos adolescentes com os profissionais. O “pulo do gato” da nova conformação, em termos de ganho de resultados na atenção a saúde dos adolescentes, foi a responsabilização deles no processo de cuidado.

A intertextualidade se processou por meio do questionamento do conteúdo das falas entre os diversos profissionais presentes^{39, 37}. A revisão da quantidade de encontros realizados, da constituição da equipe de trabalho, dos ganhos conquistados com a nova conformação também mostra a presença da intertextualidade, pois as falas formam uma cadeia dialógica. Essa cadeia é construída com a análise do passado, do presente e novas possibilidades de futuro do grupo. A constante revisão do processo de trabalho é outro fator mantenedor da intertextualidade, que também se processa por meio da conexão dos diferentes processos de trabalho em saúde^{5; 39, 35}.

Nesse processo, as falas interconectam-se, complementam-se, ecoam-se e caminham para a avaliação do que foi o novo implementado na realização do grupo, que foi a inclusão do grupo de adolescentes, a qual trouxe impacto inclusive nos atendimentos individuais dos profissionais: a responsabilização do adolescente no processo de cuidado facilita o relacionamento das famílias em casa^{39, 37}. O seguinte trecho^{8, p. 220}, coloca que:

“A participação de todos os profissionais em ambos os momentos do processo de trabalho, de concepção e de execução, por meio das discussões coletivas nas quais se dá o planejamento, a organização e a avaliação das atividades, é apontada como um aspecto que caracteriza o trabalho em equipe, permitindo, também a flexibilidade da divisão do trabalho, com a implementação de ações comuns. Os consensos quanto a organização institucional e, especificamente, quanto ao projeto assistencial elaborado em cada um dos programas de atenção são construídos na interface de ambos os momentos, de reflexão e de execução da prática cotidiana de atenção aos usuários”.

Outra questão levantada na reunião, por uma médica, foi a necessidade de monitoramento dos pacientes que foram chamados para o grupo e compareceram a um dos encontros, faltando o outro e depois somente comparecem nas consultas médicas ou deixam de serem usuários do serviço. Tendo em vista que os usuários indicados para o Grupo de Entrada são casos relativamente mais graves, os

profissionais na reunião consideraram interessante e sugeriram métodos para resolução desse problema. Dessa discussão, outro médico sugeriu que apesar da demanda, houvesse três encontros do Grupo, para que fossem trabalhados mais assuntos e houvesse mais tempo para conhecer as famílias e fazer o PTS de forma mais segura. A partir daí, a discussão girou em torno da quantidade de encontros, da necessidade de parar um dos encontros para rever os usuários que faltaram os encontros.

Daí pôde-se destacar duas frentes em um embate. Uma das frentes acreditava que não havia necessidade de parar um dos encontros para repensar o serviço, porque diminuiria o número de atendimentos e o grupo de entrada é apenas um grupo de acolhimento, formada por profissional médico. A outra frente, acreditava ser fundamental essa parada entre os grupos, para reavaliar os casos que entraram no serviço, resgatar o que aconteceu com os faltosos, e monitorar os casos dentro do serviço, formada por profissionais médicos, psicólogo, assistente social. O embate envolve diferentes discursos profissionais e, por conseguinte, diferentes Significados Representacionais, em que cada discurso tem identidades por trás e diferentes concepções, crenças e valores de mundo^{41, 35}.

O embate entre o modelo médico hegemônico, que envolve a continuidade e a quantidade da produção, para diminuição do tempo de espera do usuário, e o modelo biopsicossocial de atendimento - que coloca as várias dimensões do ser humano e a necessidade da equipe com diversidade de categorias profissionais para dar conta da complexidade em saúde – ocorreu na reunião por meio dos diferentes discursos profissionais.

Os serviços de saúde têm equipes hegemonicamente biomédicas⁵⁶, entretanto a importância do trabalho em equipe consiste justamente em formar um contraponto a esse modelo, para que a qualidade do atendimento melhore. Esse embate é saudável e produz mudanças significativas no cuidado prestado à população. O debate existe em virtude de a equipe ser mista, composta tanto por profissões de formação biomédica (médicos, enfermeiros), quanto de formação biopsicossocial (psicólogo, assistente social)⁸.

A comunicação e o embate entre esses profissionais traduzem, intertextualmente, o embate ideológico entre os dois modelos de atenção à saúde.

Dependendo do contexto institucional, os discursos profissionais podem representar disputas de poder e cada discurso adquire significado ideológico e político. Embora muitas vezes os discursos sejam proferidos por determinada pessoa, o discurso proferido não contém uma ideia desenvolvida completamente por aquela pessoa e pode ser representativo, por exemplo, do discurso de determinada classe profissional³⁷.

Esses e outros discursos compõem a realidade complexa do trabalho em saúde, sendo que cada um deles pode ser determinante de uma prática profissional. Por isso a linguagem é constituinte e constitui a realidade social. Nesse sentido também o trabalho em equipe é uma prática social, porque o trabalho é como os seres humanos que interagem com a natureza e agem sobre ela^{40, 35}.

Por fim, o trabalho em equipe visa à quebra de um recorte vertical de processos de trabalho, visa à responsabilização de cada um da equipe por um problema, bem delimitado, com vistas à produção de planejamento e implementação de ações voltadas à resolução dos problemas e visa à superação da excessiva burocratização, que engessa a máquina de serviços. A consequência disso é a diminuição da impessoalidade nas relações trabalhador-usuário. O trabalho em equipe gera a definição clara de responsabilidades para cada trabalhador para cada caso. Isso favorece o vínculo definido e a adscrição individual dos usuários no serviço⁸.

5.8. Análise da avaliação do Grupo de entrada

A avaliação dos grupos deste serviço tem a finalidade de observar as práticas de saúde prestadas à população e repensá-las, reavaliá-las. Serviços que não se prestam a avaliar as atividades que oferecem podem ter trabalhadores exaustos, muito produtivos, sem que consigam interferir na melhora da qualidade do serviço que é ofertado. Entretanto, de maneira geral, representam a maioria dos serviços de saúde do SUS⁵⁷.

Foram realizadas seis perguntas, iguais, tanto no grupo de adolescentes quanto no de responsáveis. Na primeira, eles foram questionados sobre o que acharam de participar do grupo. No grupo de responsáveis, onze pessoas gostaram de participar. Disseram que o grupo foi produtivo, bom para o crescimento pessoal, ajuda a promover amadurecimento de como cuidar dos filhos, motiva a seguir em

frente, ajuda a compreender que não é somente a própria pessoa que tem problemas. Apenas uma pessoa sentiu-se desconfortável. Referiu não saber se vai dar certo com o filho e escreveu não gostar de abrir os problemas para tantas pessoas.

Sobre isso, é importante refletir que os grupos são produtivos, tem impacto positivo para as mães, entretanto há mães que são mais reservadas. Mesmo assim, ao ouvir outras histórias, pode facilitar a reflexão nas próprias atitudes de educação com os filhos.

No grupo de adolescentes, os doze gostaram do grupo. As respostas diziam que gostaram muito de participar do grupo. Interessante observar, como um deles escreveu, que o grupo é um espaço de interação entre os participantes.

Essa questão é interessante, pois quando se considera o atendimento a adolescentes em serviços de saúde, é fundamental que haja fortalecimento de vínculo entre a equipe de saúde e as famílias. A união e a comunicação entre ambiente de saúde e família representa um cenário importante para isso. A participação ativa do adolescente, repensando sua realidade, nesse processo, pode ser a chave para aproximação dele com os serviços de saúde³⁰.

Os saltos qualitativos de desenvolvimento que os adolescentes possuem ao longo do seu processo de amadurecimento são alcançados por meio de conversas, da reflexão, situações muito comuns vivenciadas nos ambientes de grupos terapêuticos e vai influenciar a saúde mental e as escolhas que os adolescentes vão fazer a respeito do próprio futuro²⁰.

Portanto, a participação em grupos terapêuticos permite que o adolescente participe ativamente do próprio processo de cuidado, melhora o vínculo do adolescente com os serviços de saúde e promove amadurecimento, por meio das reflexões e discussões que são realizadas ao longo da execução dos grupos.

Na segunda questão, perguntou-se o “O que você achou da maneira como os profissionais entraram em contato com você?”, com o intuito de avaliar o que responsáveis e adolescentes acharam da equipe de enfermagem, quem geralmente entra em contato com os participantes dos grupos.

Os responsáveis responderam que o atendimento foi satisfatório, qualificando-o como atencioso, educado, com excelente abordagem, informativo e

que as servidoras foram cuidadosas. Registraram-se onze experiências positivas e apenas uma negativa, que afirmou não ter gostado do atendimento, porque o (a) servidor (a) não teve paciência para explicar, parecia estar com pressa.

Importante perceber que esse primeiro contato também pode ter dimensão acolhedora, que ele já fala da qualidade do serviço que vai ser prestado à população. Isso foi evidenciado pela resposta: “Achei ótimo, porque por não ter ninguém aqui em Brasília. Fiquei feliz de ter alguém de como desabafar e me ajudar”.

Isso porque o acolhimento é uma atitude que integra a escuta qualificada das necessidades do usuário e o compromisso do profissional em ofertar a quantidade de tecnologias necessárias para atender as demandas do usuário. A percepção do profissional sobre o que é saúde e doença serão filtros que vão permitir a produção eficaz do cuidado em saúde. A garantia de acesso conecta-se tanto com os possíveis encaminhamentos no serviço ou ao encaminhamento do usuário aos outros serviços da rede que possam oferecer atendimento que seja melhor para a satisfação da necessidade daquele usuário⁵⁷.

No caso do Adolescento, a responsabilidade de fazer a entrevista inicial, tendo o acolhimento como atitude, está interligada com a participação de diferentes categorias profissionais (Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social), o que implica que cada uma delas seja conhecedora dos fluxos do serviço e saiba disponibilizar esse cardápio aos usuários. Especificamente no Grupo de Entrada, a equipe dos técnicos de enfermagem é responsável por entrar em contato com os grupos ou mesmo os profissionais fazem o agendamento no dia da entrevista inicial. A atitude de acolhimento que eles têm com os usuários já facilita a adesão ao tratamento, visto que mostra a qualidade do serviço ofertado. Outros fatores que influenciam essa qualidade do acolhimento é a personalidade do servidores, o tom de voz, a disponibilidade para escutar as necessidades do usuário, a clareza e facilidade de explicar o que o usuário terá de atendimento.

No grupo de adolescentes, os doze participantes também gostaram da maneira como estraram em contato com eles. Disseram que os profissionais foram muito gentis e educados.

Um deles destacou que houve demora, para que o atendimento ocorresse. O outro associou o atendimento da equipe de enfermagem como se fosse o atendimento médico. Essa visão é importante, pois se constatou que a população, muitas vezes não distingue o cuidado médico do cuidado não médico.

A terceira questão perguntava o que os participantes acharam dos profissionais que conduziram os grupos. As mães qualificaram a equipe, o trabalho desenvolvido e a comunicação da equipe com elas. Disseram que o trabalho é importante porque existem muitas pessoas precisando de ajuda. Com relação à equipe, disseram que as profissionais eram carinhosas, atenciosas, muito educadas, que eram competentes, passavam segurança, davam suporte. Estavam dispostas a ouvir problemas muito graves. Disseram que gostaram dos diálogos que aconteceram durante o grupo e que as profissionais deram liberdade para que elas contassem seus problemas e dificuldades. Todas tiveram experiências positivas com a condução do grupo.

Os doze adolescentes tiveram boa impressão dos profissionais que conduziram o grupo, acharam a equipe legal, atenciosa, educada, maravilhosa. Um deles disse que inicialmente achou os profissionais estranhos, mas depois se familiarizou melhor e gostou dos profissionais. Esse trecho da avaliação mostra que o grupo foi mecanismo facilitador da construção do vínculo com os profissionais do serviço.

A formação do vínculo profissional-usuário implica na responsabilização pelo problema de saúde do usuário^{15, p. 352} e a criação de um vínculo pode ser também um mecanismo indutor do trabalho em equipe⁸, visto que os profissionais podem requisitar a ajuda uns dos outros para a resolução dos casos sobre os quais ele se responsabiliza.

Outro estudo indica que os critérios mais bem avaliados no cuidado médico à saúde foram: competência, cortesia, carinho do médico, explicação sobre os exames e sobre os medicamentos prescritos, a oferta de exames ou cuidados preventivos à saúde. Esse mesmo estudo mostra a satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem, chegando a 43,3% a avaliar o cuidado em excelente⁵⁸. Embora este estudo seja quantitativo e a pesquisa em questão seja qualitativa, a qualidade do

serviço prestado pode ter influência na adesão e na qualidade do tratamento prestado.

Na quarta questão, perguntamos sobre o que aprenderam durante o grupo. Nas respostas das responsáveis, elas conseguiram situar o problema que passavam e elaborar estratégias de mudança. Sobre situar o problema, elas colocaram que foi importante perceber que o problema do filho é pequeno, todos são iguais, um caso não é pior que o outro, não há o caso mais grave, todos são de mesmo nível e uma delas aprendeu que tudo na vida tem solução. Sobre as estratégias de mudança, as mães falaram ter aprendido que é preciso pensar melhor, devem ter paciência, conversar com alguém que as ouve é muito melhor, é importante se colocar no lugar do outro e procurar ajuda, é importante compreender o filho, ter mais atenção e amor, porque às vezes pegam muito pesado com os filhos.

No grupo de adolescentes, houve os que escreveram ter aprendido e um deles disse que não aprendeu muita coisa. Aqueles que afirmaram ter aprendido algo, aprenderam muita coisa, a respeitar, a interagir e conversar sobre algo que incomoda, a conviver com pessoas que não pensam da mesma maneira, a protegerem-se contra doenças, a controlar a raiva, a desabafar. Aprenderam sobre sexo, drogas e agressão, além de que aprenderam a ser gentis.

Na quinta pergunta, questionou-se o que eles acharam dos conteúdos trabalhados durante a realização dos grupos? Tanto os responsáveis, quanto os adolescentes tiveram resultados iguais, na avaliação e no conteúdo dela. Três participantes em cada grupo não responderam e nove avaliaram os conteúdos de forma positiva, acrescentando que os grupos são produtivos, abordam assuntos do cotidiano, trabalharam assuntos que eles não conheciam.

A sexta questionava se os participantes do grupo perceberam diferença no convívio familiar. As respostas foram agrupadas em três categorias: houve melhora, não percebi melhora, sem resposta. Na categoria houve melhora, as respostas se agruparam da seguinte maneira: “a adolescente ficou ansiosa para vir no próximo encontro”, “comecei a pensar em fazer diferente e em ser amável com todos os meus filhos”, “talvez o erro seja mais meu do que deles”, “meu filho tem tentado ser mais obediente e menos respondão”. Houve sete respostas favoráveis. Na categoria não houve melhora, as respostas se agruparam da seguinte maneira: “na minha

casa ainda não, mas tenho fé”, “meu filho gostou muito de participar, mas não percebi mudança porque não vim no primeiro encontro”. Apenas uma participante não respondeu à questão.

No grupo de adolescentes, houve dois agrupamentos de resposta. Parte deles escreveu que perceberam mudança. Entre elas, perceberam a mãe diferente, a mãe passou a tratar melhor e parou de ser ignorante, a mãe disse que gostou do grupo e que iria novamente. O que chamou atenção é que um dos adolescentes percebeu mudança em si, disse que estava interagindo melhor e sabendo lidar com as próprias emoções. Seis adolescentes não observaram mudança no convívio familiar, contaram que a mãe não mudou e que o contexto familiar encontrava-se da mesma maneira.

No mundo atual, em que há corte ou estagnação na distribuição de verba para saúde, educação e outras áreas que são pilares do Brasil, há necessidade de melhora na prestação dos serviços de saúde à população. Essa realidade exige, portanto, que os serviços satisfaçam as necessidades subjetivas dos clientes. Outro aspecto é que as instituições de saúde estão inseridas em contextos de permanente troca, de permanente comunicação. Há forte procura da sociedade e há pressão para que haja constante participação social⁵⁸.

A avaliação da utilização dos serviços de saúde pelos usuários é considerada um dos resultados em saúde, juntamente com a qualidade de vida e o estado de saúde. Há correlação, inclusive, dos resultados da avaliação com os resultados alcançados pelos usuários durante o tratamento e os modelos de gestão das unidades de saúde. Isso porque dependendo da resposta da avaliação, pode indicar se o usuário indicaria o serviço para outras pessoas⁵⁸.

6. Considerações Finais

Esta pesquisa propôs-se a analisar o processo de trabalho em saúde de um serviço de atendimento aos adolescentes no Distrito Federal, o Adolescentro. Por meio de pesquisa qualitativa, buscou-se com diferentes métodos descrever o processo de trabalho em equipe, conhecer a percepção dos profissionais acerca do trabalho em equipe, estabelecer nexos entre a percepção dos profissionais sobre a adolescência e o cuidado prestado a esse público e suas famílias, além de avaliar o serviço. A realização de um estudo em que há o foco sobre o processo de trabalho é

importante porque volta a atenção para trabalhos sobre essa temática, visto que há algum tempo, o enfoque tem sido o debate do direito à saúde e da legislação do SUS, além da questão do financiamento e da gestão do sistema⁵⁹.

Ao propor o estudo de categorias necessárias ao processo de trabalho em equipe interação, trabalhando a complementariedade, articulação, interdependência, autonomia, comunicação e diálogo, analisou-se o processo de trabalho em equipe no tocante à organização e ao funcionamento do serviço, sem perder o foco nas relações entre os sujeitos que vivenciam e produzem o processo de trabalho em saúde^{8, 59}.

Os “vários mundos” do trabalho em equipe convivem no serviço de saúde mental que tem claramente definido objetivo, missão e valores, o que nos leva a reflexão sobre a complexidade e a diversidade do trabalho em saúde. Isso foi demonstrado pela presença de falas que se mostravam favoráveis ao trabalho em equipe, no sentido de que nas falas havia conteúdo relativo à reflexão positiva sobre essa questão. Em contrapartida, alguns trechos reforçavam as peculiaridades e meandros do trabalhar em equipe, como a necessidade de convivência com diferentes culturas e formações profissionais, além de alguns trechos de entrevistas falarem da impossibilidade de vivenciar o trabalho em equipe, considerando que ele acontece apenas de maneira superficial. Essa riqueza de visões, saberes, posicionamentos, em conjunto, permitem que o usuário seja enxergado de diversas maneiras e seja atendido de forma mais próxima à integralidade, mas também pode gerar muitos ruídos na comunicação entre os profissionais e com isso, dificultar a integração dos processos de trabalho dos profissionais.

Os conflitos inerentes à existência de opiniões tão diversas em um mesmo ambiente de trabalho contribuem para que a comunicação seja levada para lado pessoal. Com isso os profissionais passam a trabalhar mais sozinhos, para evitarem o desgaste emocional e a perda de tempo com discussões inúteis e geram estresse aos envolvidos no cuidado. Logo ou a autonomia passa a ser plena, no sentido de que seria melhor para o profissional tomar a decisão, sozinho, do que se desgastar ou passa a não existir autonomia, no sentido de que acaba se tornando melhor um profissional tomar a decisão por todos, para evitar também o desgaste. Essa

dinâmica pode comprometer a integração das equipes e a construção conjunta do processo de trabalho.

Nem sempre a articulação das ações pode significar que haja trabalho em equipe, porque ela pode caminhar para uma excessiva departamentalização, burocratização do processo de trabalho. Então, qual seria o caminho do meio? É importante que no caminho do meio o cuidado ao usuário ande ao encontro do princípio da integralidade do cuidado, e para que isso ocorra, a atribuição do espaço de atuação das diferentes profissões precisa também ser equilibrada. Esse caminho é possível por meio da complementariedade das ações, do respeito ao saber de todas as profissões, do compartilhamento do espaço de fala e do poder de decisão a todas as categorias profissionais presentes em espaços decisórios. A atuação das categorias profissionais permite um aprofundamento da visão dos casos trabalhados e pode permitir um maior levantamento de possibilidades de ação por parte da equipe.

Isso porque o trabalho em equipe é fundamental para que haja o atendimento integral à saúde dos adolescentes e de suas famílias. Há, porém, necessidade de aprimoramento do processo de trabalho em equipe, para que melhore a qualidade do serviço prestado aos usuários. Esse aprimoramento precisa acontecer nos grupos em que há dificuldade de cumprimento dos horários de realização dos grupos, não há complementariedade dos processos de trabalho entre as diferentes categorias profissionais, no sentido de não haver combinação de roteiro ou não haver combinação das férias ou qualquer dificuldade que se relacione à existência de ruídos na comunicação entre os profissionais⁸.

A mudança dos modelos de atenção acontece somente com mudanças na gerência dos serviços de saúde, no processo de trabalho e nas relações entre os sujeitos. Isso porque os modelos de atenção à saúde têm concepção sistêmica da atenção à saúde, que envolve três dimensões: gerencial (como é conduzido o processo de reorganização dos serviços), organizativa (como se dá a relação entre os diferentes serviços, o que envolve a distribuição deles segundo hierarquização das complexidades de atendimentos) e técnico-assistencial (relações entre os sujeitos na prática profissional)⁶⁰.

No Adolescentro, a dimensão gerencial pode ser representada por uma gestão de cunho mais participativo, em que, embora com dificuldades, a equipe de saúde se reúne e a gerência submete as principais decisões a serem tomadas ao crivo da equipe de trabalho. A dimensão organizativa é mais complicada, tendo em vista que são fatores que não dependem propriamente ditos do serviço, porém envolvem questões políticas e organizacionais da própria DISAM, com relação à distribuição dos atendimentos para transtornos mentais leves a moderados entre os serviços que compõem a rede atendimentos no DF. Por último a dimensão técnico-assistencial se apresenta de maneira bastante rica e diversa no serviço, tendo em vista a complexidade e a diversidade de relações que existem entre os profissionais do próprio serviço.

Em meio à estruturação da Secretaria de Saúde, o Adolescentro permanece oferecendo capacitação à formação de profissionais de ensino superior, sendo por isso, formador de opiniões, característica que faz parte da identidade do serviço, visto que desde o início de sua criação, o serviço oferecia capacitação e treinamento tanto para estudantes, quanto para servidores da própria secretaria. Além disso, a elaboração dos PTS é importante para a qualificação do cuidado prestado aos adolescentes e suas famílias, no sentido de que são avaliados pelos profissionais de maneira próxima à integralidade e o espaço das reuniões de equipe (terça-feira), tornam o processo de planejamento dos serviços mais operacionalizável, porque existe espaço instituído para que os profissionais se reúnam e discutam os processos de trabalho. Outro ponto positivo é a presença da gerente constantemente no serviço, presente inclusive na porta de entrada e na entrevista inicial, quando necessário, faz diferença no modelo gerencial e na organização do serviço.

Entretanto, pensando um pouco sobre a dimensão educativa que os serviços de saúde possuem, e não somente o Adolescentro, cabe questionar a serviço de que educação em saúde e de que educação permanente o serviço tem se posicionado? Quando se fala sobre educação em saúde, diz respeito ao contato profissional-paciente, já a educação permanente se relaciona com o trabalhador e com o renovar do próprio conhecimento quanto ao que faz⁵. “Como .prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das

instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança”^{5,p.162}. Portanto, o exercício constante de reflexão, busca de conhecimento embasado na realidade do próprio trabalho pode propiciar que os profissionais desocupem a cadeira da posição de saber, o que na prática da educação em saúde culmina com o usuário deixar de ser colocado como objeto de intervenção da saúde e seja colocado como sujeito do cuidado, que também é responsável por sua condição de saúde.

A educação permanente em saúde contribui para que o profissional deixe de ter a autocobrança de ter de saber de tudo o que o paciente precisa e coloca o profissional como co-autor no processo de ensino-aprendizagem quanto à saúde, quanto à manutenção ou restauração da saúde. Revela o processo “ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo”, logo, instiga a curiosidade de quem está envolvido no cuidado e promove aprendizagem significativa.^{5, p.163}.

O trabalho é uma prática social, maneira de agir e interagir o mundo, em que o trabalhador transforma a natureza e é transformado por ela, nessa lógica, todo serviço é formador de pensamento, de mão de obra de trabalho. A prática de educação permanente tem influencia no discurso profissional e no contato dele com o usuário. Permite enxergar que gestores, equipe de trabalho, adolescentes e familiares são protagonistas do processo educativo^{5, 8}.

A melhora dos processos de trabalho é importante para os modelos de atenção à saúde porque contribui para a adesão ao tratamento dos usuários, melhora a vinculação profissional-paciente e conseqüentemente, contribui para melhor avaliação do serviço, além do alcance de resultados mais efetivos no tratamento dos pacientes.

Se há necessidade de mudança, elas precisam contemplar a integralidade. A equipe interação contribui para o estabelecimento do princípio da integralidade, na medida em que favorece a articulação, a complementariedade e a interdependência entre os processos de trabalho das diferentes categorias profissionais. Isso também

tem relação com a satisfação tanto dos servidores quanto dos usuários do serviço. Além disso, contribui para que o modelo gerencial seja mais participativo na construção do cotidiano dos serviços, do ponto de vista organizativo, permite que o serviço se integre melhor à rede, no que concerne à complexificação e diversificação dos atendimentos oferecidos, o que contribui para a continuidade do atendimento dos usuários e que ele seja atendido no tocante à prevenção de doenças e à promoção da saúde. Por fim, na dimensão técnico-assistencial, permite melhora do clima organizacional do serviço, melhorando a capacidade de solução de problemas, com fortalecimento das relações entre os sujeitos envolvidos nos processos de trabalho, com melhora da humanização, tanto transversal, quanto horizontal dos atendimentos oferecidos e das relações estabelecidas. Outro aspecto é que essas mudanças permitem melhor ajuste do perfil de ações e serviços às necessidades e problemas da população⁶⁰.

Entretanto, as limitações desse processo devem considerar que essas mudanças por si não serão capazes de mudar a totalidade do sistema. Entretanto, apostar na mudança do serviço considerando aspectos internos e as relações entre os sujeitos tem sido tendência nos estudos recentes que propõe mudança dos modelos de atenção à saúde⁶⁰. Outro fator limitador é que a integralidade foi considerada apenas no âmbito local, sem terem sido analisadas as ligações entre os vários serviços que compõem a rede de saúde do DF, por exemplo, como ocorre e se ocorre referência e contra referência entre a Estratégia Saúde da Família, o Programa Saúde na Escola e o Adolescente e os outros serviços de saúde mental.

Este trabalho contribui para a reflexão, para pensar no que é possível para melhorar a integralidade do cuidado. É importante reforçar as conquistas que o serviço tem, como o PTS, as reuniões de equipe (terça feira), a valorização do trabalho em equipe, a presença de equipe multiprofissional engajada no atendimento aos adolescentes. É importante que sejam realizados estudos mais esmiuçados que coloquem adolescentes e familiares como protagonistas da própria saúde.

O atendimento aos adolescentes se mostra como uma vocação do serviço, que faz parte da própria identidade, pois surgiu desde os primórdios de sua criação. Após tantos anos de caminhada, existem profissionais que continuam a enxergar a adolescência como fase de oportunidades. Por isso, eles continuam investindo nas

próprias formações profissionais, considerando o perfil da equipe de trabalho e a quantidade de profissionais pós-graduados. A qualificação da equipe, a abertura a novas metodologias de trabalho, ao aprendizado de novos conhecimentos tem impacto na qualidade do serviço prestado aos usuários e isso pôde ser analisado com a preponderância das avaliações positivas que apareceram ao longo da avaliação dos Grupos de Entrada de responsáveis e dos adolescentes.

Por fim, a despeito das dificuldades, o modelo de atendimento do serviço analisado, que articula os atendimentos em grupo e os atendimentos individuais, tem sido relevante para atenção à saúde mental dos adolescentes no Distrito Federal, considerando o volume de atendimentos realizados pelo Adolescentro. A melhoria na qualidade das relações entre os sujeitos no cotidiano do trabalho age como facilitadora do processo de humanização do serviço e dos atendimentos, além do que pode contribuir para que o atendimento da equipe esteja cada vez mais próximo da integralidade do cuidado.

7. REFERÊNCIAS

- 1 - Merhy, Emerson. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 29 p.
- 2 – Fransischini Ana Cristina, Moura, Sônia Dalva Ribeiro Peres, Chinellato Magda. A importância do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. *Investigação* [Internet] 2008 Dec [Cited 2016 nov 30]; 8 (1-3): 25–32. Disponível em: publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/62
- 3 - Stotz, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V. V. e Stotz, E.N. (org.). *Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. 11 p.
- 4 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental*. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso março de 2017.
- 5 - Pereira, I. B., & Lima, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- 6 - Belloch, A.; Olabarria, B. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Revista Clínica e Salud*, [Internet] 1993 [Cited in

2017 May 5]; 4 (2): 181-190. Disponível em:
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1993/vol2/arti8.htm>.

7 - Pereira, Thaís Thomé Seni Oliveira; Barros, Monalisa Nascimento dos Santos; Augusto, Maria Cecília Nobrega de Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental*, [Internet] 2011 Dec [Cited in 2017 Apr 17]; 9 (17): 523-536. Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso>

8 - Peduzzi, Marina. Equipe multiprofissional de trabalho: a interface entre trabalho e interação. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 1998. 270p.

9 – Lapischies, Sônia Regina da Costa, Jardim, Vanda Maria da Rosa, Kantorski, Luciane Prado . Fatores associados à satisfação no trabalho em Centros de Atenção Psicossocial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2014 Dec [Cited in 2016 Jun 13]; 22(6):950-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-3474-2500.pdf. Doi: 10.1590/0104-1169.3474.2500

10 - Fiorati, Regina Célia; Saeki, Toyoko. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *Saúde debate* [Internet] 2013, June [Cited in 2016 Jan 13]; 37 (97): 305-312. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200012&lng=pt&nrm=iso>.

11 - Pinho Leandro Barbosa de, Kantorski Luciane Prado, Wetzel Christine, Schwartz Eda, Lange Celmira, Zillmer Juliana Graciela Vestena. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 Oct [cited 2015 Nov 30] ; 30(4): 354-360. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011001000009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011001000009>.

12 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília, 2006. 24 p. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_prevencao_escolas.pdf acesso em 16.08 às 20h40.

13 - Merhy, Emerson Elias; Onocko, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. Sao Paulo: Hucitec; 1997, 17p.

14 - Ceccim, Ricardo Burg; Feuerwerker, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, [Internet] 2004 Jun [cited 2015 Nov 05];14(1):41-65, Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

15 - Franco Túlio Batista, Bueno Wanderlei Silva, Merhy Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1999 Apr [cited 2017 June 02]; 15(2): 345-353. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>.

16 - Cardoso, Cíntia Garcia, Hennington, Élide Azevedo. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. Trab. educ. saúde [Internet]. 2011 [cited 2015 Sept 30]; 9 (suppl.1): 85-112. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>.

17 - Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.

18 - Castro, Cristiane Pereira de, Campos, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. Trab. educ. saúde [Internet]. 2014 Apr [cited 2015 Nov 27]; 12 (1): 29-50. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000100003>.

19 - Lima Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2005 Aug [cited 2015 Nov 05]; 9(17): 369-379. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200012>.

20 - Mascagna, Gisele Cristina. Adolescência: compreensão histórica a partir da escola de Vigotski.[Dissertação]. Programa de pós-graduação em Psicologia. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. 2009.180p.

21 - Pinto Diego Muniz, Jorge Maria Salete Bessa, Pinto Antonio Germane Alves, Vasconcelos Mardênia Gomes Ferreira, Cavalcante Cinthia Mendonça, Flores Ana Zaiz Teixeira et al . Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2011 Sep [cited 2016 Jan 14]; 20(3): 493-502. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>.

22 - Merhy Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2000 Feb [cited 2016 Jan 14]; 4(6): 109-116. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>.

23 - Nannetti, Marcos Alverni, Mesquita, José Marcos Carvalho de, TEIXEIRA, Luiz Antônio Antunes. A relação entre a satisfação dos funcionários e a satisfação dos clientes: estudo nas empresas de software do município de Belo Horizonte. Rev. Adm. [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 Feb 11]; 50(1): 56-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-21072015000100005&lng=en&nrm=iso. ISSN 0080-2107. <http://dx.doi.org/10.5700/rausp1184>.

24 – BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

25 – BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

26 - Viegas Selma Maria da Fonseca, Penna Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Esc. Anna Nery [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 Feb 11]; 17(1): 133-141. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019>.

27 – Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2010. 72 p.

28 - Santos, Eliane Gomes dos; Sadala, Maria da Glória Schwab. Alteridade e adolescência: uma contribuição da psicanálise para a educação. Educ. Real., [serial on the Internet]. 2013 Jun [cited 2015 Oct 18]; 38(2): 555-568, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362013000200012&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S2175-62362013000200012>.

29 - Cardoso Cristina Peres, Cocco Maria Inês Monteiro. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2003 Dec [cited 2015 Mar 23]; 11(6): 778-785. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000600012>.

30 - Santiago Lindelvania Matias et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. Rev. bras.

enferm. [serial on the Internet]. 2012 Nov/Dec [cited 2015-04-05]; 65(6):1026-1029. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600020&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600020>.

31 - Penso Maria Aparecida, Brasil Katia Cristina Tarouquella Rodrigues, Arrais Alessandra da Rocha, Lordello Silvia Renata. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. Saude soc. [Internet]. 2013 June [cited 2016 Feb 25]; 22(2): 542-553. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200023&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200023>.

32 - Nagel, L.H. Educação dos alunos (ou filhos) da Pós-Modernidade. Conselho Regional de Psicologia. Maringá. 2005. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/a-educacao-dos-alunos-ou-filhos-da-pos-modernidade.html> [acesso 05 fev 2016].

33 - Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012;1100p.

34 – Bakhtin, M. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Hucitec; 2002.

35 - Resende, Viviane. de Melo., Ramalho, Viviane. Análise do discurso crítica. São Paulo: Contexto; 2014.

36 – Bakhtin, M. Estética da Criação Verbal. São Paulo: Martins Fontes; 1997.

37 - Fairclough, Norman. Discurso e mudança social. Trad. Izabel Magalhães. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

38 - Chouliaraki, Lilie, Fairclough, Norman. Discourse in late modernity: rethinking critical discourse analysis. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1999.

39 - Fairclough, N. . Discourse And Social Change. Cambridge: Polity Press, 1992.

40 - Dias, Juliana de Freitas. Analistas de discurso e sua prática teórica e metodológica. Cadernos de Linguagem e Sociedade, [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 May 31], 12 (2): 213-246. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/les/article/view/5843>

41 - Fairclough, Norman. Analysing discourse. Textual analysis for social research. London: Routledge; 2003.

42 – Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), 2013. Disponível em:

http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2013/Pesquisa%20PDAD-DF%202013.pdf.

43 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Análise dos dados da PNAD 2012: comparativo Distrito Federal e Brasil. Brasília, 2013. 15p. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/2013/ESTUDO%20PNAD%202012%20-%20DF%20X%20BRASIL.pdf> acessos 25 fev 2015.

44 – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Saúde Mental. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/programas/536-diretoria-de-saude-mental-disam.html> [acesso em 15 de dez. de 2015].

45 - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2016). Diretoria de Saúde Mental (Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/programas/536-diretoria-de-saude-mental-disam.html> acesso 13 de janeiro de 2015).

46 – Associação dos Amigos do Adolescente. 2011. Disponível em: <http://adolescentro.blogspot.com.br/> [acessos em 28 de novembro de 2016].

47 – Distrito Federal. Lei Complementar Nº 840, de 23 de Dezembro de 2011. Dispõe sobre o regime jurídicos dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais. Disponível em: <http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=840&txtAno=2011&txtTipo=4&txtParte=>.

48 - Goldenberg, M. “Pesquisa qualitativa: problemas teórico metodológicos”. In: A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. RJ: Ed. Record. 2011.

49 – Ossó, Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d’Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.

50 - Minayo A, Ma C., & Gomes, S. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rj. Ed. Vozes; (2012)..

51 - Duarte, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. Educ. rev. [Internet]. 2004 Dec [cited 2017 May 31]; (24): 213-225. ISSN 0104-4060. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.357> Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602004000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.357>.

52 - Peduzzi Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2001 Feb [cited 2017 June 02]; 35(1): 103-109. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.

53 - Ministério da Saúde (BR). Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Princípios éticos em pesquisa com seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

54 - Resende, V. de M., Ramalho, V. Análise de Discurso Crítica, do modelo tridimensional à articulação entre práticas: implicações teórico- metodológicas. Linguagem em (Dis)curso. [Internet]. 2004 [cited 2017 Feb 25]; 5 (1), 185-207. Disponível em: http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Linguagem_Discurso/article/view/307

55 - Coriolano-Marinus Maria Wanderleya de Lavor, Queiroga Bianca Arruda Manchester de, Ruiz-Moreno Lidia, Lima Luciane Soares de. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Saude soc. [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 May 31]; 23(4): 1356-1369. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401356&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>.

56 - Pinho Leandro Barbosa de, Bañon Hernández Antônio Miguel, Kantorski Luciane Prado. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. Esc. Anna Nery [Internet]. 2010 June [cited 2017 June 02]; 14(2): 260-267. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200008>.

57 - Campos, Gastao Wagner de Sousa, Carvalho, Yara Maria de, Minayo, Maria Cecilia de Souza, Drumond Junior, Marcos, Akerman, Marco Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro : Fiocruz, Hucitec; 2012.

58 - Ferreira Pedro Lopes, Raposo Vítor M., Pisco Luis. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 Mar [cited 2017 May 26]; 22(3): 747-758. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300747&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33252016>.

59 - Teixeira, CF, Solla,JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006. 236 p.

60 - Teixeira, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. Brasília: Caderno da 11a. Conferência Nacional de Saúde; 2000. 20p.

60 - Teixeira, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. Caderno da 11a. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, dezembro de 2000. p. 261-281.

8. ANEXOS E APÊNDICES



Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE- profissionais do serviço

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “**Processo de trabalho de um serviço de atendimento a adolescentes do Distrito Federal**”, sob a responsabilidade do pesquisador **Gabriela Lopes da Silva Lustosa**. O projeto contribuirá com o atendimento de adolescentes do Distrito Federal, na medida em que se propõe a conhecer melhor a realidade do trabalho em equipe no serviço.

Resumidamente, os objetivos desta pesquisa são descrever o processo de trabalho no Adolescento, compreender a percepção dos profissionais a respeito do trabalho em equipe neste serviço, conhecer a percepção dos profissionais sobre a adolescência e verificar como se processa o atendimento em equipe do serviço na percepção dos responsáveis e adolescentes vinculados ao serviço.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de participação em entrevista guiada por questionário semi-estruturado realizada pelo pesquisador responsável por este trabalho, que serão gravadas e posteriormente transcritas. A análise de cada entrevista acontecerá por meio do uso da metodologia da Análise do Discurso. As entrevistas serão realizadas no ambiente de trabalho, terão duração aproximada de uma hora, em horários combinados entre o pesquisador e o(a) senhor (a). Todas as perguntas serão realizadas em um único encontro.

O risco da realização dessa pesquisa é o constrangimento aos participantes da pesquisa de terem de responder a questionários ou a entrevistas em profundidade e deixarem suas opiniões registradas ou gravadas. Para minimizar todos os riscos, haverá negociação do sigilo das informações prestadas durante todo o processo de realização da pesquisa. O pesquisador terá interesse real, respeito, flexibilidade, criatividade, compreensão, simpatia e sensibilidade frente aos sujeitos da pesquisa. Se você aceitar participar, os benefícios da realização desta pesquisa são: melhor conhecimento da realidade de trabalho pelos profissionais da unidade, visto que a descrição do processo de trabalho com as conexões feitas com literatura científica podem ajudar que os profissionais tomem ciência de atitudes ou métodos de trabalho que podem ser mudados ou até mesmo melhorados ou simplesmente reconhecidos e valorizados. Isso pode culminar na mudança do atendimento aos usuários, melhora dos relacionamentos interpessoais do grupo estudado. Outro ponto importante é que a descrição do processo de trabalho do serviço pode facilitar a realização de outros estudos sobre temas interessantes, de maneira mais aprofundada, descritos neste trabalho.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de

participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na **Universidade de Brasília** podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone, para: **Gabriela Lopes da Silva Lustosa (061) 98163-3969, em (061) 3443-1855 (Adolescento) ou para Patrícia Maria Fonseca Escalda (061) 982135783** na Universidade de Brasília a qualquer horário disponível. O telefonema para os celulares pode ser a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Também recomendamos aos profissionais o contato do CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde (FEPECS), cujo telefone é (61)3325-4955 e o e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Gabriela Lopes da Silva Lustosa
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.



Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-graduação em Ciências e
Tecnologias da Saúde

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE- responsáveis

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “ **Processo de trabalho de um serviço de atendimento a adolescentes do Distrito Federal**”, sob a responsabilidade do pesquisador **Gabriela Lopes da Silva Lustosa**. O projeto contribuirá com o atendimento de adolescentes do Distrito Federal, na medida em que se propõe a conhecer melhor a realidade do trabalho em equipe no serviço.

Resumidamente, os objetivos desta pesquisa são descrever o processo de trabalho no Adolescentro, compreender a percepção dos profissionais a respeito do trabalho em equipe neste serviço, conhecer a percepção dos profissionais sobre a adolescência e verificar como se processa o atendimento em equipe do serviço na percepção dos responsáveis e adolescentes vinculados ao serviço.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder no último encontro do grupo de entrada do qual o(a) senhor (a) está (ão) participando. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na **Universidade de Brasília** podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Gabriela Lopes da Silva Lustosa (81633969), em (061) 3443-1855 (Adolescentro) ou para Patrícia Maria Fonseca Escalda (82135783)** na Universidade de Brasília a qualquer horário disponível. O telefonema para os celulares pode ser a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Também recomendamos aos profissionais o contato do CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde (FEPECS), cujo telefone é (61)3325-4955 e o e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____



Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-graduação em Ciências e
Tecnologias da Saúde

ANEXO C

TERMO DE ASSENTIMENTO ADOLESCENTE

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “ **Processo de trabalho de um serviço de atendimento a adolescentes do Distrito Federal**”, sob a responsabilidade do pesquisador **Gabriela Lopes da Silva Lustosa**. O projeto contribuirá com o atendimento de adolescentes do Distrito Federal, na medida em que se propõe a conhecer melhor a realidade do trabalho em equipe no serviço.

As crianças/adolescentes que irão participar dessa pesquisa têm de idade de 10 a 18 anos incompletos. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu não terá nenhum problema se desistir, a qualquer momento.

As coisas boas que podem acontecer são: mudança do atendimento aos usuários, melhora dos relacionamentos interpessoais dos profissionais que prestam serviço a vocês.

A pesquisa será feita no Adolescentro, onde os adolescentes estão participando do grupo de entrada do serviço. Para isso, será usado realizado um questionário com todos os participantes do grupo, para que vocês respondam sobre o que vocês acharam do atendimento do serviço. O uso do **questionário** é considerado seguro, mas pode acontecer de você se sentir constrangido de responder às perguntas e de deixar sua opinião registrada. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones **Gabriela Lopes da Silva Lustosa (061) 98163- 3969, em (061) 3443- 1855 (Adolescentro) ou para Patrícia Maria Fonseca Escalda (82135783). O telefonema pode ser a cobrar, a qualquer hora do dia**. Se você morar longe do **Adolescentro** nós daremos a seus pais dinheiro suficiente para transporte, para também acompanhar a pesquisa.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Também recomendamos aos profissionais o contato do CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde (FEPECS), cujo telefone é (61)3325-4955 e o e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar os adolescentes que participaram da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa **os dados serão divulgados em revista científica**.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou a pesquisador/a **(nome)**. Eu escrevi os telefones na parte de cima desse texto.

Brasília, ____ / ____ / ____

Assinatura do menor: _____

Assinatura

Assinatura do(a) Pesquisador/a Responsável _____
Assinatura



Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

ANEXO D

Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu,

_____,
autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “**Processo de trabalho de um serviço de atendimento a adolescentes do Distrito Federal**”, sob responsabilidade de **Gabriela Lopes da Silva Lustosa** vinculado(a). ao/à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, no Programa de Pós Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para ***análise do discurso ou análise temática por parte da equipe de pesquisa, por meio da transcrição da fala. A transcrição pode ser utilizada em apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais, etc.***

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante Gabriela Lopes da Silva Lustosa

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO E

Questionário levantamento perfil dos profissionais

Dados para caracterização do perfil do profissional participante:

1. Idade _____
2. Sexo
3. Estado civil
4. Etnia
5. Grau de escolaridade
6. Profissão
7. Tempo de trabalho na unidade
8. Carga horária de trabalho na unidade
9. Experiências profissionais anteriores

Questões para levantamento da percepção dos profissionais:

Qual o tempo médio da sua consulta?

Como (qual o caminho) o usuário chega para ser atendido por você?

Qual caminho ele percorre depois que é atendido por você?

ANEXO F

Roteiro entrevista semi-estruturada para os profissionais

1. Fale o que o senhor (a) pensa sobre trabalho em equipe
2. Qual relação se estabelece entre o seu trabalho e o do seu colega?
3. É possível, neste serviço, fazer a escolha do tratamento dos seus pacientes com base na sua autonomia técnica?
4. O que é adolescência para o senhor (a)?
5. Você faz ou já fez parte de algum grupo terapêutico?
6. Como é o processo de trabalho do grupo terapêutico do qual você faz parte? Qual o nome desse grupo?
7. Quais são os critérios de prioridade para seleção de adolescentes para realização dos grupos de entrada?
8. Como os profissionais se organizam para a execução dos grupos terapêuticos? Quantos deles são realizados no serviço?

ANEXO G

Questionário de avaliação do Grupo de Entrada de responsáveis e adolescentes

1. O que você achou de participar do grupo?
2. O que você achou da maneira como os profissionais do serviço entraram em contato com você?
3. Qual a impressão que você teve da equipe de profissionais que atendeu vocês durante a realização do grupo?
4. O que você aprendeu aqui no grupo?
5. O que você acha dos conteúdos trabalhados durante a realização dos grupos?
6. Vocês perceberam alguma diferença no convívio familiar após a realização dos grupos?

APÉNDICE A

Notas de observación

| |
|------------------------------|
| Fecha: Hora: Lugar: |
| Observador: |
| Objetivo de la observación:* |
| Foco de la observación:** |
| Observación: |
| Comentarios, incidencias: |

* El objetivo de la observación es el de la hipotética investigación en la que se enmarca la observación.

** El foco es el aspecto o aspectos sobre los que se centrará esta observación en concreto con el fin de obtener datos sobre el objetivo de la investigación.

APÊNDICE B

Plantilla del resumen de las entrevistas individuales

| ENTREVISTA INDIVIDUAL: | | | | | |
|--|------|------|-----------|-----|-----|
| PARTICIPANTE | | | | | |
| Código* | Sexo | Edad | Ocupación | ... | ... |
| | | | | | |
| Centro de salud: | | | | | |
| Fecha y hora: | | | | | |
| Lugar de la entrevista: | | | | | |
| Entrevistador: | | | | | |
| Duración: | | | | | |
| Persona de contacto: | | | | | |
| Grabación: | | | | | |
| Hoja de consentimiento informado y derechos de voz: | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL LUGAR, LAS IMPRESIONES Y LAS CONDICIONES DE LA ENTREVISTA (utilizar el espacio necesario) | | | | | |
| RESUMEN DEL CONTENIDO DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL (máximo, dos páginas) | | | | | |



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO A ADOLESCENTES DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: Gabriela Lopes da Silva Lustosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55833516.7.3001.5553

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.080.524

Apresentação do Projeto:

"Introdução: O trabalho da equipe de saúde tem impacto no cuidado prestado ao adolescente. Para isso, é preciso que haja cenário facilitador desse cuidado, que considere a concepção de saúde para além da ausência de doenças, valorizando o indivíduo em seu contexto biopsicossocial. Objetivos: Descrever o processo de trabalho em um serviço de saúde especializado no atendimento desse grupo populacional, compreender a

percepção dos profissionais a respeito do trabalho em equipe desenvolvido neste serviço, a concepção que eles possuem sobre a própria adolescência, bem como avaliar impacto do atendimento junto aos adolescentes atendidos e seus responsáveis. Materiais e métodos: O estudo será realizado em um centro de referência no atendimento de adolescentes do Distrito Federal. A abordagem será qualitativa e serão realizadas entrevistas com os profissionais. Com os responsáveis e os adolescentes que participarão da pesquisa, propõe-se avaliação do grupo terapêutico do qual fazem parte. Os dados serão tratados com base na Análise do Discurso, que provê a análise da estrutura interna das falas dos entrevistados, como também associa o contexto interno ao externo, pelo qual se percebem os motivos que o texto diz o que diz, materializando a relação com o contexto que criou o discurso. Para análise dos dados referentes aos grupos, propõe-se análise temática, pela qual as falas serão organizadas em categorias e depois

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.080.524

relacionadas com literatura científica, de acordo com as categorias levantadas.”

Hipótese: “Hipótese positiva: A equipe dos servidores do Adolescento percebem o cuidado ao adolescente de forma fragmentada. Hipótese negativa: A equipe dos servidores do Adolescento NÃO percebem o cuidado ao adolescente de forma fragmentada. Hipótese nula: O estudo não conseguiu demonstrar a percepção da equipe dos servidores do Adolescento no cuidado ao adolescente”.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: “• Analisar o processo de trabalho em um serviço de atendimento de saúde mental para adolescentes e responsáveis”

Objetivo Secundário: “• Descrever o processo de trabalho em equipe desenvolvido em um serviço de saúde mental especializado no atendimento a adolescentes no tocante à sua organização e forma de funcionamento; • Conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca do trabalho em equipe e das práticas de atenção à saúde de adolescentes em unidades de atendimento especializado; • Identificar a concepção dos profissionais de saúde sobre adolescência; • Estabelecer nexos entre percepção sobre processo de trabalho e a concepção de adolescência explicitada pelos profissionais de saúde; • Levantar a avaliação que adolescentes atendidos no serviço e participantes de pesquisa e seus responsáveis têm com relação ao atendimento prestado pelo serviço de saúde.”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: “Um possível risco que os respondentes podem correr ao participarem dessa pesquisa pode ser o eventual constrangimento de terem de responder questões em profundidade e deixarem suas opiniões registradas ou gravadas. Para minimizar todos os riscos, haverá negociação do sigilo das informações prestadas durante todo o processo de realização da pesquisa. Além disso, as perguntas referentes aos objetivos da pesquisa devem ser claras, simples e diretas. O pesquisador também terá interesse real, respeito, flexibilidade, criatividade, compreensão, simpatia e sensibilidade frente aos sujeitos da pesquisa, uma vez que outro cuidado que será tomado durante a realização das entrevistas será o da escuta sensível. Outro fator importante é a delimitação clara do objeto da pesquisa, para que outros pesquisadores possam analisar as conclusões obtidas. O pesquisador deve ter sempre em mente que os dados mostrados não demonstram a totalidade da realidade observada, para isso, ele deve perceber que não é possível dominar de maneira profunda a realidade estudada. Por isso, o que ele definir como objeto de estudo, precisa estar claro

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.080.524

(GOLDENBERG, 2011).” Benefícios: “Os benefícios da realização desta pesquisa são: descrição do processo de trabalho do serviço, útil para avaliação do que acontece no serviço, visto que a descrição do processo de trabalho com as conexões feitas com literatura científica podem ajudar que os profissionais tomem ciência de atitudes ou métodos de trabalho que podem ser mudados ou até mesmo melhorados ou simplesmente reconhecidos e valorizados. Isso pode culminar na melhora do atendimento aos usuários, melhora dos relacionamentos interpessoais do grupo estudado. Outro ponto importante é que a descrição do processo de trabalho do serviço pode facilitar a realização de outros estudos sobre temas interessantes, de maneira mais aprofundada, descritos neste trabalho.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme informações dos autores, “A presente emenda aconteceu por solicitação do Comitê de Ética em Pesquisa, pra que eu excluísse um dos documentos e adicionasse outros dois, com as correções necessárias.”

Estudo foi aprovado no CEP da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB sob o parecer consubstanciado no 1.695.894 emitido em 25 de agosto de 2016. Em 26 de setembro de 2016, o CEP da FEPECS, instituição coparticipante, também aprovou o estudo, sob o parecer no 1.744.550, tendo sido emitida algumas recomendações aos pesquisadores, a saber: “1. HIPÓTESE: apenas formulada a hipótese positiva de que “A equipe dos servidores do Adolescentro percebem o cuidado ao adolescente de forma fragmentada”, seria adequado também apresentar hipótese, negativa “A equipe dos servidores do Adolescentro NÃO percebem o cuidado ao adolescente de forma fragmentada” ou ainda hipótese nula “O estudo não conseguiu demonstrar a percepção da equipe dos servidores do Adolescentro no cuidado ao adolescente”. RECOMENDAMOS QUE O PESQUISADOR APRESENTE HIPÓTESES POSITIVAS NEGATIVAS E NULAS; 2. TCLE para pais responsáveis, profissionais de saúde e Termo de Assentimento informar também o telefone do CEP FEPCS. Apresentar a numeração no formato 1/2, 2/2, para que fique claro o número de páginas para os participantes do estudo. RECOMENDAMOS AO PESQUISADOR QUE TAMBEM APRESENTE O TELEFONE DO CEP-FEPCS NO TCLE E APRESENTE A NUMERAÇÃO INFORMANDO 1 DE 2, 2 DE 2 (...) RESPETIVAMENTE.”

Levando em consideração essas recomendações, os autores realizaram a revisão do projeto, e a enviaram em forma de Emenda.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.080.524

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Informações Básicas do projeto: "PB_INORMAÇÕES_BÁSICAS_835916_E1.pdf", postado em 15/02/2017.

2. TCLE / Termo de Assentimento / Justificativa de Ausência: "TermodeConsentimentoLiverEsclarecidoProfissionais.docx", postado 15/02/2017.
3. TCLE / Termo de Assentimento / Justificativa de Ausência: "termodeassentimentodoadolescentes.docx", postado 15/02/2017.
4. TCLE / Termo de Assentimento / Justificativa de Ausência: "Termo_Consentimento_Responsaveis.docx", postado 25/01/2017.;
5. Outros: "CartarespostaCEPFEPECS.docx", postado em 01/12/2017.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. As hipóteses do estudo foram adequadas – HIPÓTESES POSITIVAS, NEGATIVAS E NULAS estão relatadas - conforme fora solicitado. RECOMENDAÇÃO ATENDIDA;
- 2) Foram inseridas as informações sobre o CEP-FEPECS nos TCLEs e Termo de Assentimento, assim como adequado o registro da numeração das páginas dos mesmos documentos. RECOMENDAÇÃO ATENDIDA;

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_835916_E1.pdf | 15/02/2017 13:08:32 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TermodeConsentimentoLiverEsclarecidoProfissionais.docx | 15/02/2017 13:05:40 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | termodeassentimentodoadolescente.docx | 15/02/2017 13:03:41 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_Consentimento_Responsaveis.docx | 25/01/2017 12:22:36 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | CartarespostaaoCEPFEPECS.docx | 01/12/2016 11:05:36 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.080.524

| | | | | |
|--|--|------------------------|------------------------------------|--------|
| Outros | Termo_coparticipante.docx | 12/08/2016 11:00:42 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | CEP_final.doc | 12/08/2016 10:59:07 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | Carta_resposta_3_CEP.docx | 12/08/2016 10:57:58 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | Carta_resposta_2.docx | 15/07/2016 10:32:03 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | CEP_final_projeto_correcoes.doc | 15/07/2016 10:31:40 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | CartarespostaoCEP.docx | 29/06/2016 15:19:28 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | TermoAutorizImagemSom.doc | 29/06/2016 15:17:59 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termos_de_Consentimento_Livre_Escla recido.docx | 29/06/2016 15:16:24 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | ANUENCIA.docx | 06/05/2016 11:04:25 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | Curriculumcoorientadora.pdf | 06/05/2016 11:00:31 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | Curriculumorientadora.pdf | 06/05/2016 10:58:36 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Orçamento | PLANILHA_ORCAMENTARIA.docx | 06/05/2016 10:49:07 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | DOCUMENTOSENCAINHAMENTO A OCEP.docx | 06/05/2016 10:43:25 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderostopronta.pdf | 03/05/2016 19:11:09 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | Termo_de_responsabilidade_PB_compl eto.pdf | 03/05/2016 13:03:26 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | termodeconcordanciapronto.pdf | 03/05/2016 13:02:42 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Outros | cartadeencaminhamentopronto.pdf | 03/05/2016 13:02:04 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_PROFSSIONAIS_TCLE_RESPO NSAVEIS_TA_ADOLESCENTES.docx | 14/04/2016 12:48:49 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoCEPfinal.doc | 14/04/2016 12:41:43 | Gabriela Lopes da Silva Lustosa | Aceito |

Situação do Parecer:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

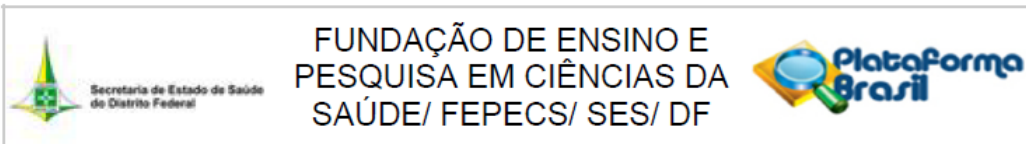
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF

Continuação do Parecer: 2.080.524

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 24 de Maio de 2017

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)