

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
CAMPUS DE IRATI-PR**

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO**

**AVALIAÇÃO DE AÇÃO EDUCATIVA INTERDISCIPLINAR NOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): A INTERFERENCIA DA ATIVIDADE
LABORAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MENTAL**

IRATI - PR

2017

RODRIGO DE ASSIS BAYER

**AVALIAÇÃO DE AÇÃO EDUCATIVA INTERDISCIPLINAR NOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): A INTERFERENCIA DA ATIVIDADE
LABORAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MENTAL**

Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre em
Desenvolvimento Comunitário, área de
concentração Interdisciplinar da
Universidade Estadual do Centro-Oeste –
UNICENTRO

Orientador: Professor Doutor Emerson Carraro

**IRATI - PR
2017**

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

BAYER, Rodrigo de Assis.

B357a Avaliação de ação educativa interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): a interferência da atividade laboral na qualidade de vida dos profissionais de saúde mental / Rodrigo de Assis Bayer – Irati, PR : [s.n], 2017. 94 f.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração Interdisciplinar. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.

1. Educação – dissertação. 2. Psicologia-trabalho. I. Carraro, Emerson. II. A Interferência da atividade laboral na qualidade de vida dos profissionais de saúde mental. III. UNICENTRO IV. Título.

CDD 370.15



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997


PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO


RODRIGO DE ASSIS BAYER

AVALIAÇÃO DE AÇÃO EDUCATIVA INTERDISCIPLINAR EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): A INTERFERÊNCIA DA ATIVIDADE LABORAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Dissertação aprovada em 12/12/2017 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: 
Prof. Dr. Emerson Carraro
Instituição: UNICENTRO


Prof. Dr. Haroldo Tuyoshi Sato
Instituição: FSP


Prof.ª Dr.ª Darana Novello
Instituição: UNICENTRO

Guarapuava, 12 de dezembro de 2017.

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me proporcionado desde o início do mestrado discernimento, saúde e sabedoria na condução deste estudo.

A minha família, por ter acompanhado todo o caminho percorrido por mim, na realização deste desafio. Muito Obrigado!!

A minha esposa Juliana, minha companheira de todas as horas, pelo apoio que sempre me deu desde o início desta etapa. Obrigado!!

A minha Avó Josefa Batista de Assis (*in memoriam*), lhe dedico esta obra, por ter sido uma pessoa especial em minha vida e que me deixou muitas saudades.

Ao meu orientador, Professor Emerson Carraro, que desde o início acreditou neste estudo. Minha gratidão pelas orientações sempre muito tranquilas e objetivas. Muito obrigado por tudo!!!

Ao Professor Haroldo Sato, que prontamente aceitou o convite para a participação na banca de defesa deste estudo, e que sempre está presente nas minhas conquistas acadêmicas, desde a graduação. Minha gratidão!!

Aos profissionais que atuam no CAPSII e CAPSAD da cidade de Guarapuava – PR, sem a participação de vocês, este estudo não teria acontecido. Muito Obrigado!!

*Em seu coração o homem planeja o seu caminho,
Mas o Senhor determina os seus passos.*

Provérbios 16:9

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ABREVIATURAS	xii
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xiv
1 REFERENCIAL TEÓRICO	15
1.1 Interdisciplinaridade em Saúde	15
1.1.1 <i>Conceito de Interdisciplinaridade</i>	15
1.1.2 <i>Interdisciplinaridade na Atenção Psicossocial</i>	17
1.1.3 <i>Promoção da Interdisciplinaridade nos Centros de Atenção Psicossocial: A Ação Educativa Interdisciplinar por meio das Rodas de Conversa</i>	19
1.1.4 <i>Interferência da Atividade Laboral na Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Mental</i>	21
1.2 Políticas Públicas de Saúde Mental	23
1.2.1 <i>A Reforma Psiquiátrica Brasileira</i>	23
1.2.2 <i>Os Centros de Atenção Psicossocial</i>	26
1.2.3 <i>RAPS – Rede de Apoio Psicossocial</i>	30
1.2.4 <i>O Programa de Volta Para Casa</i>	31
1.2.5 <i>Serviço Residencial Terapêutico (SRT)</i>	32
2 OBJETIVOS	35
2.1 Objetivo Geral	35
2.2 Objetivos Específicos	35
3 METODOLOGIA	36
3.1 A 5ª Regional de Saúde do Paraná	36
3.1.1 <i>Regionalização de Saúde do Estado do Paraná</i>	36
3.1.2 <i>Guarapuava- Cidade Sede</i>	37
Tipo de Pesquisa	38
1.1 Aspectos Éticos	38
1.2 Local de Estudo	38

1.3 Público Alvo do Estudo	39
1.4 Diagnóstico do Trabalho Interdisciplinar	39
1.5 Promoção do Trabalho Interdisciplinar	40
1.6 Diagnóstico da Qualidade de vida	41
1.7 Análise Estatística dos Dados	42
1.8 Resultados e Discussão	42
4. CONCLUSÃO	60
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	67
APÊNDICES	68

Tabela 1. Comparação das variáveis sexo, faixa etária, formação e atuação profissional em relação à ocorrência de interdisciplinaridade.

Tabela 2. Comparação das variáveis referentes à ação educativa interdisciplinar em relação à ocorrência de interdisciplinaridade.

Tabela 3. Comparação da pontuação média nas questões pertinentes ao domínio físico da avaliação da qualidade de vida em relação à ocorrência de interdisciplinaridade.

Tabela 4. Comparação da pontuação média nas questões pertinentes ao domínio psicológico da avaliação da qualidade de vida em relação à ocorrência de interdisciplinaridade.

Tabela 5. Comparação da pontuação média nas questões pertinentes ao domínio relações sociais da avaliação da qualidade de vida em relação à ocorrência de interdisciplinaridade.

Tabela 6. Comparação da pontuação média nas questões pertinentes ao domínio meio ambiente da avaliação da qualidade de vida em relação à ocorrência de interdisciplinaridade.

Tabela 7. Comparação da pontuação média nos domínios da avaliação da qualidade de vida, qualidade de vida geral e classificação da qualidade de vida, em relação à ocorrência de interdisciplinaridade.

Tabela 8. Associação das variáveis do estudo com a ocorrência de interdisciplinaridade.

Tabela 9. Comparação da pontuação média nas questões pertinentes aos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente da avaliação da qualidade de vida, na amostra geral e em relação à ocorrência de interdisciplinaridade.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão do Estado do Paraná em Regionais de Saúde e abrangência da 5ª Regional de Saúde.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Ocorrência de interdisciplinaridade no trabalho, relatada pelos participantes do estudo.

Gráfico 2. Percepção da qualidade de vida em relação ao recebimento de apoio.

Gráfico 3. Percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

AEI – Ação Educativa Interdisciplinar

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

NAPS-- Núcleo de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil

CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

PDR - Plano Diretor de Regionalização

SIMPR - Serviço Integrado de Saúde Mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

ESF - Estratégia de Saúde da Família

SESA - Secretaria de Saúde do Estado do Paraná

CIRHER - Centro Integrado de Reabilitação do Hospital Estadual de Ribeirão Preto

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

RESUMO

Objetivo: Diagnosticar o trabalho interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade- sede da 5^a Regional de saúde do Paraná, tentando identificar fatores laborais, que dificultam a realização do trabalho interdisciplinar no cotidiano dessas equipes. **Metodologia:** A pesquisa é de cunho quantitativo e descritivo. Participaram da pesquisa 14 profissionais de ambos os gêneros. Para o diagnóstico da interdisciplinaridade, foi aplicado um questionário validado entre os participantes. Posteriormente foi realizada a ação educativa interdisciplinar através da metodologia denominada roda de conversa. Em seguida aplicou-se um novo questionário sobre a avaliação da intervenção realizada. Em seguida foi aplicado um questionário já validado sobre a qualidade de vida. Para a análise estatística utilizou-se o teste do qui- quadrado de Pearson ou Exato de Fischer, quando necessário. Para comparar a pontuação média obtida para cada questão e em cada domínio da avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o teste T para amostras independentes. **Resultados:** Apesar de não ter havido grandes significâncias no estudo, é notório que a maioria dos profissionais tinham conhecimento sobre o tema abordado na ação educativa interdisciplinar com 87,5%, apesar que 21,4% dos profissionais acharam sua aplicabilidade mediana. Nos resultados sobre a qualidade de vida, observou-se significância no domínio das relações sociais com $p= 0,083$, o que pode ser um referencial para a dificuldade de trabalho em equipe, o que acarreta em consequências para um bom desempenho do trabalho interdisciplinar e na qualidade de vida destes profissionais. **Conclusão:** É necessário o desenvolvimento de políticas públicas com enfoque no trabalho interdisciplinar, com foco nos sujeitos e autores da atenção psicossocial.

Palavras- Chaves: Interdisciplinaridade, Profissionais, Trabalho, Ação Educativa, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: To diagnose the interdisciplinary work in the Psychosocial Care Centers (CAPS) of the city of the 5th Regional Health Center of Paraná, trying to identify labor factors that make it difficult to perform interdisciplinary work in the daily life of these teams. **Methodology:** The research is quantitative and descriptive. A total of 14 professionals from both genders participated in the study. For the diagnosis of interdisciplinarity, a validated questionnaire was applied among the participants. Subsequently, the interdisciplinary educational action was carried out through the methodology called the talk wheel. A new questionnaire was then applied on the evaluation of the intervention. Then, a validated questionnaire on quality of life was applied. Statistical analysis was performed using the Pearson chi-square test or Fischer's exact test, when necessary. To compare the average score obtained for each question and in each domain of the quality of life assessment, the T test was used for independent samples. **Results:** Although there was no significant significance in the study, it is well known that most professionals had knowledge about the subject addressed in the interdisciplinary educational action with 87.5%, although 21.4% of the professionals found their medium applicability. In the results on quality of life, a significant relationship was observed in the domain of social relations with $p = 0.083$, which may be a reference for the difficulty of working as a team, which results in a good performance of interdisciplinary work and in the quality of life of these professionals. **Conclusion:** It is necessary to develop public policies focused on interdisciplinary work, focusing on the subjects and authors of psychosocial care.

Keywords: Interdisciplinarity, Professionals, Work, Educational Action, Quality of Life.

1 Referencial Teórico

1.1 Interdisciplinaridade em Saúde

1.1.1 Conceito de Interdisciplinaridade

Com a crise do paradigma dominante disciplinar que até então predominava nas ciências, a interdisciplinaridade surge como um novo modelo de contribuições entre as diferentes áreas do saber, com o intuito de romper a fragmentação e linearidade do saber, contribuindo para a contextualização entre as disciplinas e estabelecendo relações entre elas (JAPIASSU, 1976).

Japiassu (2006) conceitua o termo interdisciplinaridade como sendo a intensidade das trocas de conhecimentos entre especialistas de diferentes áreas, considerando a representação de integração das disciplinas dentro de um mesmo projeto.

Para compreender melhor a interdisciplinaridade se faz necessário conhecer alguns conceitos individuais: a) disciplina é um conjunto sistêmico de conhecimento organizado com suas características próprias e tangenciais de uma determinada área, sendo que disciplinas separadas podem apresentar junções por meio de processos com características e objetos distintos, como, por exemplo, a pluridisciplinaridade e a multidisciplinaridade; b) multidisciplinaridade é o agrupamento de disciplinas simultâneo, mas não ocorre a cooperação entre elas, cada uma com seus objetivos específicos; c) pluridisciplinaridade se caracteriza pela junção de disciplinas específicas, porém ocorre cooperação entre elas, no entanto, ocorre um processo desordenado e sem um fim específico que coordene a ação (JAPIASSU, 2006; IRRIBARRY, 2003)

Torres (1998) e Fazenda (1996) indicam que a interdisciplinaridade requer atitudes que visem e permeiem o saber unitário, rompendo com o saber fragmentário, assumindo novos desafios de adaptação, flexibilização, aceitação de riscos, convívio com a diversidade e aceitar novos papéis, com o intuito de construir o saber interdisciplinar.

O fazer interdisciplinar somente ocorrerá quando as diferenças dicotômicas disciplinares forem rompidas, dando espaço para a comunicação e

diálogo com o objetivo de gerar uma comunicação mútua, possibilitando saberes e práticas coesas para a resolutividade de problemas concretos (MEIRELLES, 1999).

A partir da década de 90, a interdisciplinaridade se atém a realizar modificações epistemológicas no campo da saúde, quebrando o paradigma dominante versado ao saber hiperespecializado, em que muitas vezes a responsabilidade epistemológica do saber se mantinha disciplinar, aos campos dos saberes (MORIN, 2001).

Para fazer face a promoção da saúde em todos seus campos, percebe-se a necessidade de aplicabilidade do saber interdisciplinar no campo da área da saúde, fazendo jus aos pressupostos de desenvolvimento de novos saberes e práticas com intuito de integrar equipes multidisciplinares que atuam nesse campo do saber, o qual a interdisciplinaridade se faz cada vez mais necessária para a aquisição de novas competências por todos inseridos nesse processo (MEIRELLES, 2003).

Para Meirelles e Erdman (2003) a interdisciplinaridade em saúde não pode ser confundida como trabalho em equipe, é preciso que todas as disciplinas que compõe o restabelecimento da saúde dos indivíduos possam se relacionar com o todo e não somente com as partes do processo, visando atender as demandas do processo de saúde nos tempos atuais, significando as relações de trabalho entre as diferentes áreas da saúde.

Não é de hoje que se reprime a fragmentação do conhecimento, estabelecido por um mundo cada vez mais complexo, a proposta interdisciplinar ganhou força desde a década de 1960. A interdisciplinaridade não possui sentido único, mas está relacionada às trocas de experiências entre os especialistas em um projeto profissional. O campo interdisciplinar assume papel estratégico de troca de conhecimentos e uma maior integração e coordenação entre as disciplinas científica do campo profissional de equipes (VILELA, 2003).

Nesse fazer interdisciplinar profissional coletivo, cada trabalhador necessita estar referenciado à equipe, ao serviço e à rede assistencial aos quais está inserido. É através da reflexão sobre o processo de trabalho e das ações

intersectoriais entre trabalhadores que a organização do fazer nas equipes e nos serviços constrói o cuidado integral diferenciado da reprodução de práticas fragmentadas e descontextualizadas, otimizando assim, um projeto de cuidado único e onde todos se inter-relacionam na equipe (FAZENDA, 2002).

1.1.2 Interdisciplinaridade na Atenção Psicossocial

Para Silva (2003), com o advento do Paradigma da Atenção Psicossocial, constituído por meio do processo de negação do Paradigma Manicomial e a partir da necessidade de se propor uma nova forma de como lidar com a loucura, é notória a necessidade de construir um novo contrato com a loucura, de forma mais abrangente, em todas as suas interfaces, a partir, da desconstrução de saberes, valores e poderes no sentido de envolver novos atores neste processo de ressignificação dos papéis profissionais em funções cristalizadas.

Frente a essa nova demanda assistencial, a interdisciplinaridade surge como uma necessidade impar na área de saúde mental, diante uma nova forma de trabalho, uma vez, que seu objeto laboral envolve ao mesmo tempo as relações sociais, afetivas, expressões emocionais e biológicas frente ao grande número de corporações profissionais do desenvolvimento de ações que a atenção psicossocial demanda. As diferentes profissões envolvidas no processo de reabilitação psicossocial e sua integração permite o exercício do pensamento complexo, capaz de dar sustentação epistemologicamente, ao novo paradigma imposto após à reforma psiquiátrica, advindo do novo modelo assistencial no campo da saúde mental (TAVARES, 2005).

Para (COSTA, et al, 2001), o modelo psicossocial adotado como uma nova forma a assistência em saúde mental pós reforma, introduz uma concepção em operar os cuidados, utilizando novos parâmetros e rompendo com saberes e práticas até então instituídos por novas perspectivas frente ao novo modelo assistencial.

Existem quatro novos parâmetros para essa nova concepção psicossocial. O primeiro, diz respeito à concepção do processo saúde – doença e dos meios teóricos e técnicos, que considera não mais organicista, mas sim, determinada pelo psíquico e pelos problemas socioculturais. O segundo, é uma dada concepção horizontal das relações interdisciplinares com o intuito de haver uma formação interinstitucionais das relações, implicando uma participação entre a população dos usuários e da equipe multiprofissional na gestão e co-gestão do trabalho. A terceira, diz respeito às concepções que devem ser permeadas nesse novo modelo de trabalho em relação a equipe e sua clientela e com a população em geral, a qual defende a porosidade institucional e a interlocução entre todos os serviços e atores envolvidos, propiciando a unicidade de ações no território. E a quarta concepção, que pode ser efetivada pelo efeito de suas ações em termos terapêuticos e éticos por meio da contratualidade social, recuperação dos direitos de cidadania e a implicação com a singularidade dos cuidados que propicia a abrir-se para uma dimensão do saber que transcende o técnico e científico.

Segundo Oliveira e Silva (2000), a interdisciplinaridade é evidenciada como uma necessidade emergente e concreta para a resolutividade e efetivação dos serviços de reabilitação psicossocial, o que contribui para que os profissionais envolvidos não percam noção de unidade conjunta, aspecto fundamental para a construção de novos saberes, que elencam novas possibilidades qualitativas na assistência prestada, que geram valores como o respeito a liberdade e a dignidade de cada pessoa, a ética e a integridade de todas as ações deste processo, devem perpassar todas as categorias profissionais.

Mudanças vem ocorrendo no modo de pensar e agir de alguns profissionais, inseridos nos novos dispositivos advindos após a reforma psiquiátrica brasileira e pelo novo modelo psicossocial. Um exemplo, são os relatos de Enfermeiras inseridas nas atividades de assistência direta, nos dispositivos de saúde mental, onde o processo de trabalho foi reorganizado sob o enfoque interdisciplinar, assim, o que era uma atribuição específica da enfermeira, passa a ser compartilhada, gerando uma melhor significação do

trabalho entre todos da equipe, no sentido de atuar em grupos terapêuticos, oficinas de trabalho, na elaboração de projetos terapêuticos singulares e na implementação de programas para a clientela atendida (KICHRBAUN, 2000).

Essa nova forma de perspectiva de trabalho, no âmbito psicossocial, fazem com que os profissionais passem a assumir uma nova postura, voltando-se para questões como a terapêutica do processo de reabilitação, questões de ordem familiar dos usuários e a inclusão social. Por meio destes mecanismos, emerge um novo modelo de intervenção baseada numa prática que contemple a criatividade de cada profissional com a finalidade de gerar uma prática profissional solidária e multidimensional baseada no intercâmbio entre vida e ideias (TAVARES, 2005).

1.1.3 Promoção da Interdisciplinaridade nos Centros de Atenção Psicossocial: A Ação Educativa Interdisciplinar por meio das Rodas de Conversa

No âmbito da saúde pública, o atendimento ao usuário é destinado às necessidades físicas, emocionais e sociais, o que caracteriza um alto grau de complexidade nas demandas de saúde. Muitas vezes, o que estão relacionadas com questões tecnológicas; com a necessidade de personalização do atendimento; com as relações interpessoais de trabalho e principalmente ao reconhecimento de que nenhuma categoria profissional consegue responder a todas as demandas de forma individual.

Tem-se observado dentro das equipes de saúde, questões como parceria profissional e respeito são ainda muito complexas e se enquadram na dimensão do desejável (ALVES, 2005). Portanto, faz-se de extrema importância, que os profissionais recebam capacitação constante para a realização do trabalho interdisciplinar diante das demandas oferecidas nos serviços de atenção psicossocial.

Muito se tem discutido sobre o exercício interdisciplinar nas equipes de saúde, porém, ocorre uma retração na literatura sobre o assunto. Bispo (2013) buscou avaliar o conhecimento interdisciplinar em Estratégias de Saúde da Família (ESF) da cidade de Maceió, AL, e constatou resultados insatisfatórios para o trabalho interdisciplinar. Para melhorar esta problemática nas equipes do município propôs uma abordagem prática e teórica sobre o tema. Antecipadamente foram apresentados materiais científicos sobre o trabalho interdisciplinar no formato de aula expositiva e discussão de artigos. Em seguida, organizou-se grupos que deveriam praticar as ações no atendimento à população.

Ao término da capacitação, os resultados obtidos foram apresentados para o grupo de profissionais, afim de promover a prática interdisciplinar e a troca de experiências.

Um mecanismo empregado na promoção do trabalho interdisciplinar é a utilização das Rodas de Conversa. Com uma metodologia de caráter informal, garante um espaço democrático de aprendizagem, propiciando a inclusão e cooperação de todos os participantes na discussão do tema abordado (FIGUEIREDO et al, 2010). Este modelo metodológico foi utilizado numa abordagem a indivíduos que aguardavam atendimento no Centro Integrado de Reabilitação do Hospital Estadual de Ribeirão Preto - SP (CIRHER), em 2011.

O tema abordado foi a Roda de Conversa: estratégia para a promoção da saúde fonoaudiológica. Ao término da intervenção, os participantes foram convidados a responder um questionário de avaliação da prática educativa desenvolvida. Constatou-se que 73,8% dos participantes avaliaram como positiva a metodologia das rodas de conversa, o que gerou satisfação na população que participou desta intervenção. Portanto, pode-se concluir que a metodologia das rodas de conversa são capazes de produzir uma discussão eficaz para sensibilizar os participantes a adotar o trabalho interdisciplinar mais efetivo nos CAPS.

1.1.4 Interferência da Atividade Laboral na Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Mental

Historicamente, o setor de saúde pública no Brasil sofre com carência de recursos, na mesma medida que o País sofre com suas dificuldades financeiras. Ressalta-se o não investimento em recursos humanos preconizado nas reformas sanitárias como fator decisivo que ocasiona o achatamento salarial, baixa qualificação dos profissionais, atividades em dupla função, gerando sério comprometimento ao sistema de saúde. Nos últimos anos vem crescendo o número de profissionais contratados de forma não compatível ao ingresso ao serviço público como profissionais contratados em regime temporário, empresas terceirizadas e através de ONGs (CORDEIRO, 2001).

Para (REBOUÇAS et al, 2006) a área de saúde mental é uma das mais desprestigiadas da assistência de saúde no Brasil, apesar de ser uma das áreas de saúde que mais exijam recursos. Além disso, os transtornos mentais representam um importante impacto de causa de incapacidade. Nos anos 90 os distúrbios neuropsiquiátricos correspondiam por 10,5% dessas incapacidades e estavam entre as principais causas no cálculo dos anos de vida perdidos por incapacidade.

De acordo com Martinez (2004); Glina (2001) e Palácios (2002) o campo da saúde ocupacional oferece contribuições de grande importância para o entendimento das repercussões do trabalho sobre a saúde e o bem estar de profissionais que atuam na saúde mental. Isto ocasiona uma grande complexidade de tarefas, mas pela dificuldade aos fenômenos inerentes a investigação de associações de fenômenos totalmente subjetivos.

A assistência em saúde mental gera altos custos para os sistemas de saúde e para as famílias, além de gerar um ônus de pouca visibilidade e sobrecarga de trabalho aos profissionais responsáveis. Estudos internacionais demonstram que o trabalho em saúde mental é potencialmente um fator de estresse e esgotamento, podendo afetar a qualidade da assistência e inviabilizar a continuidade dos serviços (PROSSER et al, 1996).

Para Bandeira (1999); Fonseca (2001) e Libério (2001) a importância da pesquisa da satisfação, das repercussões e no emprego sobre os profissionais se justifica porque se constituem em importante instrumento de atuação em saúde mental. No entanto, a quantidade de estudos realizados no Brasil para o referido segmento de saúde, versão no binômio família e usuário e com os profissionais, os quais estes últimos, as pesquisas tem os negligenciado.

De acordo com Fonseca (2001) e Libério (2001) a satisfação no trabalho é o resultado da interação de profissionais, valores e expectativas com o ambiente, suas características pessoais e a organização do trabalho. O impacto da atividade laboral nos profissionais de saúde mental compreende as repercussões diárias dos fatores relacionados ao trabalho sobre a saúde e o sentimento de bem estar no trabalho em equipe.

A prática interdisciplinar acarreta em elevada demanda de complexos procedimentos. Estas dificuldades são permeadas por situações subjetivas e sociais, que necessitam de ações ampliadas e conjuntas, além de uma rede especializada de serviços, potencializando um cuidado territorial com abrangência (ARCE; SOUSA, 2013). Dessa forma, é imprescindível a capacitação permanentes de equipes interdisciplinares e multidisciplinares com o objetivo de garantir adequada qualificação no projeto interdisciplinar decidido pela equipe (ZABOLLI; SOARES, 2012).

Para Sato (1995), o processo saúde doença e sua relação com a organização do trabalho e a saúde do trabalhador se expressa, como sendo, um núcleo com questões de poder e do controle do trabalhador sobre o seu próprio trabalho.

Em uma pesquisa com motoristas de ônibus urbanos, verificou-se que para que se possa afirmar a presença de controle afetivo por parte dos trabalhadores, ou seja, para que uma atividade não seja penosa, geradora de desgaste mental, três requisitos devem estar presentes: o poder de mudança de situações que geram incomodo de modo a modificar os contextos; a familiaridade, que se refere a experiência do trabalhador; o limite subjetivo que determinar os limites que o trabalhador pode suportar da função exercida.

Portanto, fica evidente a deficiência de pesquisas na área de saúde mental que contemplem os profissionais dos serviços, negligenciando como a incidência da assistência de saúde prestada aos usuários muitas vezes disciplinares, acabam por acarretar danos na saúde destes profissionais que em muitas ocasiões ainda não conseguem compreender a vasta gama de situações laborais que poderiam ser repensadas para uma melhor significação laboral, quando do advento da reorganização do trabalho de cunho interdisciplinar.

1.2 Políticas Públicas de Saúde Mental

1.2.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Ao abordarmos a Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscamos destacar a necessidade de compreensão desse processo histórico de organização da assistência psiquiátrica partindo de suas determinações gerais e específicas no cenário nacional.

Souza, Fraga e Braga (2006), relatam que a hospitalização dos loucos no Brasil e no restante do planeta é algo bastante recente. Nos primeiros séculos após o descobrimento do Brasil, a sociedade brasileira foi bastante tolerante com a loucura, deixando os portadores de transtornos mentais vagarem pelas ruas recém criadas, ou abastando-os em casas de família menos favorecidas. Com o crescimento das cidades, a presença dos loucos nas ruas foi tomando proporções indesejáveis, logo, uma das medidas que adotou-se foi a reclusão dos loucos em prisões e nos porões das Santas Casas. Nesses locais, com péssimas condições de estrutura e permeada de maus tratos, surgiram apelos humanitários e políticos defendendo a criação de instituições exclusivas para o acolhimento aos loucos.

Em 1852, foi inaugurado no Rio de Janeiro, capital do Império, o Asilo de Pedro II. Neste período o Estado admite que a questão da loucura era de sua responsabilidade. Dessa forma, vários hospícios foram inaugurados nas diversas regiões do Brasil, com o propósito de conferir caráter técnico científico a

segregação dos alienados. Assim com a ampliação dos hospícios, fica perceptível a segregação do louco que resultou na proibição de internamentos dos doentes mentais nos hospitais gerais existentes naquela época.

A tendência da segregação da loucura se deu ainda mais cristalizada, a partir de 1964 com o regime militar. Nesse momento da indústria da loucura, devido a não resolutividade empregada pelos hospitais psiquiátricos as demandas que a loucura os impunham. Neste período novos manicômios foram criados, com um viés assistencial segregatório e de forte exclusão familiar e social, exacerbando-se numa das maiores crises de assistência de saúde mental que o Brasil já presenciou.

Com o fim da II Guerra Mundial, vários movimentos começaram a surgir tendo a finalidade de contestar os saberes e práticas psiquiátricas no cenário mundial, os quais se destacam a Psiquiatria de Setor na França, Psiquiatria Preventiva nos EUA e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra. Eram movimentos de reforma da assistência psiquiátrica com o intuito de promover um rearranjo técnico- científico e administrativo da Psiquiatria, sem a radicalidade da desinstitucionalização proposta pelo movimento italiano na década de 60 (ROTELLI et al. 1990).

Para Amarante (1995), esses, movimentos de crítica à psiquiatria também se fizeram notar, em momentos diferentes, no contexto da sociedade brasileira ao final dos anos 70 e início da década de 1980, sendo um período marcado pelo final da ditadura, falência econômica, reorganização da sociedade, suspensão da censura e retorno do Estado de Direito, que acabou contribuindo para a disseminação de ideias de Foucault, Goffman, Castel, Szaz, Basaglia entre outros, que tiveram forte influência na contribuição do resgate da assistência psiquiátrica brasileira. Esse período é considerado o primeiro momento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, denominado de trajetória alternativa desse processo de mudança de paradigma que imperava na Psiquiatria Brasileira até então. Em um segundo momento, já no período político da Nova República, o movimento de reforma psiquiátrica incorporou-se ao aparelho do Estado e a crítica original da cientificidade da medicina/psiquiatria e da neutralidade da ciência cedeu espaço para a concepção de que uma nova administração estatal

resolveria todos os problemas relacionados a saúde da população, tratava-se de um momento institucionalizante desse processo. No terceiro momento, aquele denominado de institucionalização cujo lema Por uma sociedade sem manicômios, retrata de forma crítica a institucionalização da psiquiatria sob influência do pensamento Basagliano, pautado na desinstitucionalização para o aprofundamento de intervenção através de macro políticas para a reinvenção da assistência psiquiátrica no Brasil.

Rotelli e colaboradores (1990), conceitua o termo desinstitucionalização como sendo um deslocador do centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território, um pensamento advindo do modelo italiano. A grande obscuridade da psiquiatria, foi a separação de um objeto fictício a doença da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Nesta Separação artificial se constrói uma série de aparatos científicos, administrativos e legisladores com um referencial a doença.

O principal marco histórico para o setor de saúde mental, que gerou novas possibilidades para esta área da saúde ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica realizadas em Caracas, em 1990. Neste encontro, o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento intitulado Declaração de Caracas. Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, se comprometem a reestruturar a assistência psiquiátrica brasileira, com grande crítica ao papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico como único meio de assistência no nível psiquiátrico, garantindo aos portadores de transtornos mentais, seus direitos civis, salvaguardando seus direitos humanos e propiciar a convivência comunitária (OMS,1990).

Com a tonicidade de resgate da cidadania dos doentes mentais e sua reintegração no meio social, se consolidou, os discursos da I Conferência Nacional de Saúde Mental, com o objetivo de traçar estratégias de modo a processar modificações na legislação psiquiátrica, sanitária, trabalhista, penal e civil que dariam suporte ao novo enfoque de cidadania que se queria constituir. Na mesma Conferência foram definidos os pontos principais do novo modelo de

assistência em saúde mental, sendo aperfeiçoados em momentos posteriores (FRAGA et al, 2006).

Várias modificações foram realizadas no processo da nova assistência de saúde mental. Um longo processo iniciado no final dos anos 80 com promulgação da Constituição Federal de 1988, propiciou a reorganização da saúde brasileira em todos os campos com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Somente no ano de 2001 a Reforma Psiquiátrica de fato consolidou-se no Brasil, com a criação, mesmo que tímida, de serviços que contemplaram a inserção social em todas as suas vertentes aos portadores de transtornos mentais no âmbito do SUS. E também pelas novas políticas de saúde mental implementadas neste período, sendo garantido por lei seus direitos e por consequência a criação de novos dispositivos assistencial, que veremos logo em seguida.

1.2.2 Os Centros de Atenção Psicossocial

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), surge no Brasil em 1987, na cidade de São Paulo. Com sua inauguração, o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira ou CAPS Itapeva, representa o pleno estabelecimento de um novo momento na área de saúde mental no país, baseado na implementação de novas formas de atenção na área de saúde mental, atendendo uma grande fração de pacientes, com as mais diversas patologias mentais, contribuindo para a quebra do paradigma hospitalocêntrico contido no binômio hospital psiquiátrico-ambulatório e consolidando-se como uma nova política pública de reabilitação psicossocial neste campo da saúde, em substituição ao hospital psiquiátrico. (Goldberg, 1992).

Para Gonzalez (1991); Desviat (1999); Brasil (1988) e Yasui (1991) os CAPS surgem no contexto político pautado na redemocratização da política nacional, no final dos anos 80, onde os modelos conceituais de saúde, estavam sendo redefinido. A principal pauta consistia, nas formas de financiamentos na área de saúde mental que se fortaleceram ao final da década de 1980 na América Latina e no Brasil.

Segundo Campos (2006) e Furtado (2006) juntamente com o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na cidade de Santos, inaugurado em 1989, e com o CAPS Itapeva, irão se constituir uma referência obrigatória de atenção psicossocial a pacientes com transtornos mentais, que visam a extinção do manicômio no Brasil. Porém os NAPS santistas, que através do seu funcionamento territorializado, 24 horas por dia, operando em rede com outros serviços e com leitos de internamentos para pacientes em situações de crise, serão os verdadeiros responsáveis pela ruptura do paradigma dominante, versado no modelo de hospital psiquiátrico, ambulatórios e urgências psiquiátricas, que até então vigorava no País, consolidando portanto, o cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Com a quebra do paradigma dominante brasileiro baseado na hospitalização e no manicômio, impulsionado pelas duas instituições acima descritas, foram propulsoras de uma nova orientação assistencial, não somente no Estado de São Paulo, mas em todo o Brasil na formulação da Portaria n. 224/92, primeiro documento a estabelecer financiamento e credenciamento dos CAPS pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com a publicação desta portaria, os números de CAPS e/ou NAPS aumentaram significativamente no ano de 1995, onde já havia cerca cento e sessenta serviços espalhados por todo o País (AMARANTE, 2001).

A realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e a aprovação da Lei Federal N ° 10.216, definiu os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial. Desde então, surgiram vários modelos e serviços de CAPS por todo o Brasil, garantindo veementemente a expansão do modelo comunitário e de inclusão social dos portadores de transtornos mentais (LANCETTI *et al* 2006).

A reorientação assistencial conferida pela Lei Federal 10,216 que garante ao CAPS, como equipamento de controle social e assistência comunitária na assistência aos portadores de transtorno mentais, ocorre a expansão desses serviços, como mencionado anteriormente, por vários municípios do Brasil, conferindo uma nova organização de saúde mental (BRASIL, 2005).

Para Brasil (2005), os CAPS se diferenciam-se pelo porte, na capacidade de atendimento, perfil demográfico dos municípios e clientela atendida. Portanto diferenciam-se como CAPSAD, CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPSi.

Os CAPS I são serviços de menor porte, preconizados para municípios com população entre 20.000 a 50.000 habitantes. O referido serviço conta com equipe mínima de 9 profissionais, dentre estes, com formação em nível superior e médio e tem como clientela pacientes portadores de transtornos mentais severos e persistentes, assim como, dependentes de álcool e outras drogas. Funcionam cinco dias por semana e possuem capacidade de acompanhar 240 pessoas ao mês (BRASIL, 2005).

Os CAPS II são serviços de médio porte, conferem cobertura para municípios com mais de 50.000 habitantes, possuem equipe mínima de 12 profissionais de nível superior e médio, além de atender a 65% da população brasileira, funcionam cinco dias por semana com capacidade de 360 atendimento ao mês (BRASIL, 2007).

Os CAPS III são serviços de grande porte da rede CAPS, conferem cobertura a municípios com mais de 500.00 habitantes, estão presentes em grandes cidades brasileiras. Deve possuir equipe composta por no mínimo 16 profissionais de nível médio e superior, com funcionamento nos sete dias da semana inclusive domingos e feriados, 24h por dia, com equipes noturnas e de final de semana. Estes serviços possuem capacidade de atender em torno de 450 pessoas ao mês (BRASIL, 2005).

Os CAPSi são serviços especializados no atendimento de adolescentes e crianças, estão presentes em municípios com população superior a 200.00 habitantes, possuem no mínimo 11 profissionais de nível superior e médio e com capacidade de atender 180 crianças e adolescentes ao mês (BRASIL, 2005).

Os CAPSAD são serviços especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Possuem equipe composta de no mínimo 13 profissionais de nível médio e superior, atendem cerca de 240 pessoas ao mês. Este serviço se faz presente em municípios com mais de

200.000 habitantes, sendo preconizado em áreas de fronteiras onde o tráfico de drogas se faz presente e atendem nos cinco dias da semana.

Para Amarante e Torres (2001) o CAPS somente se consolidará como um novo serviço de saúde mental com a queda definitiva do modelo hospitalar hegemônico. É necessário que o atendimento ali prestado seja fruto de uma ruptura política, ética e epistemológica, ao *status* de representatividade que ainda impera nos serviços hospitalares e ambulatoriais conveniados pelo SUS.

De outro lado, Campos e Furtado (2006), consideram que os CAPS possuem uma estrutura alinhada aos princípios que norteiam os serviços de saúde pertencentes ao SUS, constituem-se como instituição própria da gestão pública, com o objetivo de garantir resolutividade, integralidade no cuidado prestado a esta clientela através de uma equipe multidisciplinar.

Para Fraga (1997); Enriquez (2000); Motta (2000); Kaes (1997) e Mazarina (1991) afirmam que existem inevitáveis repercussões cognitivas aos trabalhadores que atuam nos CAPS, na lida ao sofrimento psíquico e a loucura vividos diariamente, que podem desencadear mecanismos defensivos de diversas ordens. Portanto, com a nova arquitetura institucional e clínica representada pelo CAPS, o coloca como um serviço onde sejam produzidas novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico, diferentemente do cuidado tradicional, requerendo a construção de novos conceitos para uma adequada aproximação de novos conceitos para uma adequada aproximação e análise desses novos serviços (DELGADO, et al 1997).

Dessa forma, para que os objetivos do CAPS sejam atingidos é necessário o entendimento de que a especificidade de sua clientela, pela sua condição de vida e pela doença, necessita muito mais que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal, mas sim, na integralidade deste usuário no serviço, através de uma equipe interdisciplinar, respeitando sua heterogeneidade. Partindo do pressuposto, de que a alienação psicótica implica em dificuldades de expressão subjetiva e refratária, pode-se aplicar neste serviço de saúde relações singulares, que cada paciente pode expressar para as equipes interdisciplinares que podem desenvolver em conjunto, tecnologias na assistência psiquiátrica extra clínica. Portanto, o cuidado em saúde mental se amplia no sentido de novos

conhecimentos, através do trabalho conjunto interdisciplinar, visando não apenas a doença e suas limitações impostas ao paciente, mas para um cuidado ampliado na sustentação cotidiana e na lida diária com o usuário, enaltecendo principalmente, suas potencialidades de cidadania através das relações sociais (TENÓRIO, 2002).

Em nível regional, Guarapuava-PR possui segundo o CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) quatro serviços de CAPS, sendo destes dois a nível municipal, CAPS II e CAPSAD e demais são mantidos pela SESA (Secretaria Estadual da Saúde) sendo denominado SIMPR, onde possui o CAPSAD e CAPSi (IPARDES, 2016).

1.2.3 RAPS – Rede de Apoio Psicossocial

A Rede de Apoio Psicossocial (RAPS), instituída por meio da Portaria N. 3088 de 23 de Dezembro de 2011, dispõe sobre a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde mental, para pessoas decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas e portadoras de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

A RAPS é dividida pelos seguintes componentes: Atenção Básica de Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção em Urgência e Emergência, Atenção Transitória em Residências Terapêuticas, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Os objetivos principais da RAPS consistem em: ampliação do acesso aos serviços de saúde mental a população em geral, articulação e integração da rede de serviços de saúde nos territórios qualificando o cuidado por meio do acolhimento, promoção de vínculos a pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, promoção do cuidado em grupos de maior vulnerabilidade, prevenção do consumo de álcool e drogas, redução de danos provocados pelo uso de crack, álcool e drogas, reinserção e reabilitação de pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos por

meio do trabalho e com auxílio de moradia solidária, garantia de melhoria da gestão pública dos serviços e a parceria intersetorial (BRASIL, 2014).

1.2.4 O Programa de Volta Para Casa

O Programa de Volta para Casa foi criado pelo Ministério da Saúde por meio da Lei Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003, desenvolvido para a reintegração de pessoas portadoras de transtornos mentais, egressas de internações de longa permanência, que possui como parte integrante do programa o auxílio-reabilitação no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais). Seguindo recomendações da Organização Mundial de Saúde(OMS) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em relação a assistência que deve ser oferecida aos egressos dos internamentos de longa permanência para a área de saúde mental, os portadores de transtornos mentais devem receber um cuidado centrado em base comunitária consolidada em serviços territoriais e de atenção diária, com vistas a reverter gradativamente o modelo de atenção, voltado apenas na referência hospitalar (BRASIL, 2003).

De acordo com (BRASIL, 2003), o principal objetivo do programa é a organização de uma rede ampla e diversificada de cuidados e de recursos assistenciais que visem a facilitação do convívio social dessas pessoas, assegurando-lhes o bem estar global e desenvolver estímulos ao exercício pleno de seus direitos civis.

O programa visa atender os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, garantido em lei, conforme o disposto na Lei nº 10.216 de 2001 que dispõe sobre os direitos e proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, a qual em seu artigo 5º, determina que pacientes acometidos por dependência institucional de longa permanência, sejam assistidos através de uma política específica que consista em uma reabilitação psicossocial assistida (BRASIL, 2003).

Entretanto, Silva e Assis (2014) ressaltam que, existe uma problemática bastante incidente em relação a noção de reinserção social, uma vez que, mesmo estando em um hospital psiquiátrico, o indivíduo se encontra dentro da sociedade, embora de forma marginal e perversa. A da Constituição Federal de 1988 assegura às pessoas portadoras de transtornos mentais o Benefício de Prestação Continuada (BPC) em seu artigo 203, entre outros objetivos, a reabilitação e a habilitação das pessoas portadoras de deficiências e a integração através da promoção a vida comunitária.

Contudo Ribeiro (2006) ressalta que existe uma literatura incipiente sobre o Programa de Volta para Casa e suas repercussões. O autor aponta ainda, que muitos moradores de residências terapêuticas que recebem esse benefício demonstram melhoria em sua autonomia. Ressalta, que a importância a esse programa pelos profissionais de saúde ainda é muito baixa. Para (LIMA, 2008) identifica a essa baixa adesão ao programa pelos profissionais, pelo fato de muitos deles conhecerem pouco o programa e não conseguirem enxergar seus potenciais para as ações de desinstitucionalização.

Lima (2008) e Campos (2008) afirmam que o recurso do programa muitas das vezes é gerenciado pela família ou pelo serviço de saúde. Isso se deve porque se tende a considerar que o recurso será gasto com besteiras ou que os beneficiários estão cronificados a não saber da existência do mesmo.

1.2.5 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou residência terapêutica ou simplesmente moradia, foi instituída pela Portaria nº 106/2000 que introduz esse serviço no âmbito do SUS. Destina-se a pessoas portadores de transtornos mentais, pacientes egressos de longas internações psiquiátricas e indivíduos em acompanhamento em CAPS onde o problema de moradia é identificado pela sua equipe de referência, otimizando seu projeto terapêutico, sendo a moradia como parte integrante dele (BRASIL, 2004).

Em relação ao número de moradores nas Residências Terapêuticas, podem variar desde apenas um morador, até o número máximo de oito pessoas, que deverão contar constantemente com suporte de caráter interdisciplinar, seja o CAPS de referência ou uma unidade básica de saúde ou outros profissionais. Deverão considerar as singularidades de cada um dos moradores e não apenas ações coletivas para os moradores. O processo de reabilitação psicossocial deve ser o principal objetivo da SRT, permeando o convívio comunitário e suas relações sociais garantindo a autonomia dos moradores através de acompanhamento especializado (BRASIL,2004).

A questão norteadora do programa é a moradia. O morar, o viver em sociedade, e fazer parte dela, otimizam a reintegração deste morador à comunidade. Para tanto, é necessário, o estabelecimento de um pacto entre gestores, comunidade, vizinhança, rede de apoio, profissionais de saúde, usuários e o comprometimento a um delicado trabalho com os futuros moradores (BRASIL, 2004).

Para Furtado (2005) existem dificuldades em se consolidar essa política de saúde mental que busca a desinstitucionalização de pacientes egressos de internamentos e sua reintegração social. Uma das dificuldades enfrentadas para a expansão das SRT, é a falta de campanha nacional sobre as mudanças ocorridas na área de saúde mental no âmbito do SUS que geraria uma grande compreensão por parte da sociedade sobre as mudanças que ocorrem na permeabilidade e apoio dessa política e facilitaria, por exemplo, a questão de se conseguir alugar uma residência e seu proprietário aceitar a locação de seu imóvel para fins de Residência Terapêutica. Muitas vezes, os proprietários quando comunicados sobre a finalidade da locação, acabam por não aceitar alugar seu imóvel para a referida finalidade.

Furtado (2005) colabora ainda, sobre as dificuldades de gestão e financiamento, que ocorrem tanto para a implantação desses serviços, no que concerne, sua manutenção, de ordem física como de recursos humanos. Em relação aos gestores, ocorre baixa interação entre eles e os trabalhadores de saúde mental. Isto acarreta, muitas vezes, em baixa implicação com a questão dos egressos neste serviço. Verificou-se que muitos gestores observam esse

serviço como ininterruptos 24h por dia, gerando uma implementação escassa, a um dispositivo desta natureza que logo implicaria aos cofres públicos locais e ainda as peculiaridades que uma residência dessa característica traria durante o processo de acompanhamento a estes moradores. Em relação ao financiamento desses serviços está condicionada a transformação das AIHs extintas em autorização de procedimentos de alto custo de SRT, garantindo dotações orçamentárias nos municípios que permitam a utilização do recurso, um obstáculo a ser superado por muitos gestores municipais. Em relação a recursos humanos, é deficitária pelo motivo da baixo envolvimento dos profissionais a este serviço inviabilizando manter ou implantar este dispositivo de saúde mental

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

- Diagnosticar e promover o trabalho interdisciplinar dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Paraná.

2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar a forma de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial, através de consulta bibliométrica;
- Diagnosticar o trabalho interdisciplinar ente os profissionais atuantes nos CAPS;
- Propor ações educativas visando promover o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar entre os profissionais dos CAPS;
- Avaliar a qualidade de vida pós ação educativa interdisciplinar.

3 METODOLOGIA

3.1 A 5ª Regional de Saúde do Paraná

3.1.1 Regionalização de Saúde do Estado do Paraná

De acordo com Brasil (2006) o Sistema Único de Saúde possui como diretriz a Regionalização e eixo estruturante no Pacto de Gestão, que visa a descentralização dos serviços de saúde e de suas ações, bem como, dos processos de pactuação e negociação entre os gestores, instituída pela Portaria n.399 de 22 de Fevereiro de 2006.

No ano de 2001, foi implantado no Estado do Paraná, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) para a saúde, sendo um dos principais instrumentos de planejamento da regionalização para a saúde do Estado. Com a aprovação do PDR, o Estado ficou caracterizado em 6 Macrorregiões, 22 Regiões de Saúde, 52 Microrregiões (Figura 1) e 2 Polos Estaduais (PARANÁ, 2009).

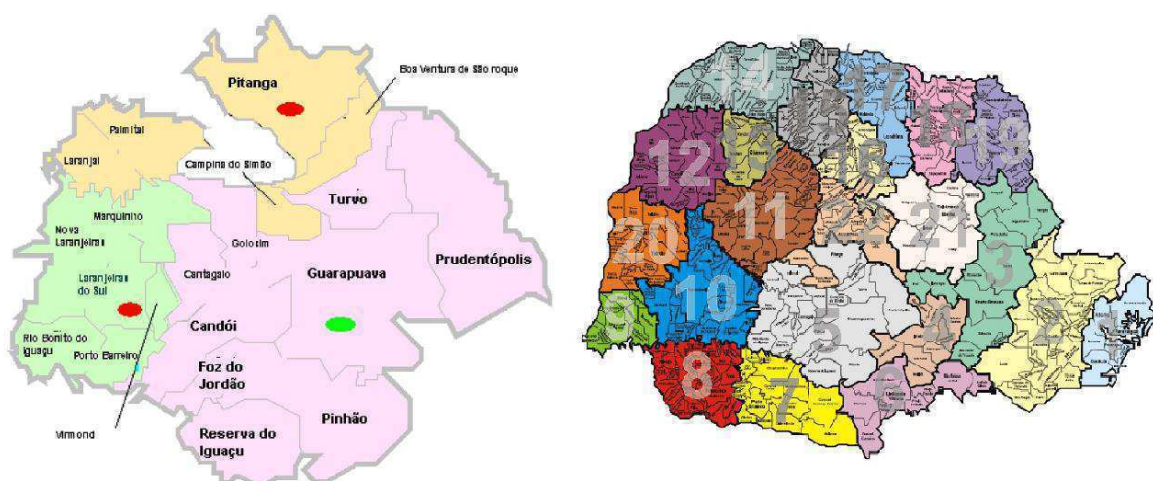


Figura 1. Divisão do Estado do Paraná em Regionais de Saúde e abrangência da 5ª Regional de Saúde.

De acordo com o PDR, uma região de Saúde se define, como sendo uma cidade sede, possuidora de serviços de referência em saúde para as microrregiões que não possuem procedimentos de média e alta complexidade em suas áreas de abrangência. As regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores

municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território”. A Rede de Saúde deve assegurar os princípios constitucionais de equidade, universalidade do acesso e integralidade do cuidado, nos serviços e na rede de ações a saúde. A Região de saúde deve ser norteadada pela cooperação solidária de ações entre gestores com a finalidade de pactuar um conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares, com o intuito de favorecer a ação cooperativa e solidária em os gestores participantes deste processo (PARANÁ, 2009).

3.1.2 Guarapuava- Cidade Sede

Guarapuava é o município sede da 5ª Regional de Saúde do Paraná, está localizada na Macrorregião do Centro Sul do Estado, com uma população de acordo com o último censo de 169.007 habitantes, representando 37,21% dos habitantes da regional. O município se insere como o maior em extensão territorial do Estado com 3.178.669 Km, possui densidade demográfica de 53,68 hab/Km e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) DE 0,731 (IBGE, 2010). A área de abrangência da 5ª Regional de Saúde corresponde a 20 Municípios, distribuídos em 3 microrregiões: a) Guarapuava (Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Pinhão, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu e Turvo); b) Laranjeiras do Sul: (Marquinho, Nova Laranjeiras, Porto Barreiro, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond); c) Pitanga (Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Laranjal, Palmital), com população total de 454.220 habitantes.

De acordo com o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde(CNES), a 5ª Regional de Saúde apresenta 811 estabelecimentos de saúde, destes 411(50,67%) estão localizados na cidade sede, o que demonstra a importância do município no cenário de saúde a nível regional. No total, a Regional de Guarapuava possui nos municípios de sua abrangência seis CAPS, distribuídos nos municípios de: (Laranjeiras do SUL, CAPSI; Prudentópolis, CAPSI, Pitanga, CAPSI) sendo dois destes no Município de Guarapuava; CAPSAD e CAPSII).

Em nível estadual, a Regional de Saúde dispõe do serviço de acolhida de pacientes de forma voluntária, 24h por dia, denominado Sistema Integrado de Saúde Mental (SIMPR), que se consolida em atendimento a dependentes químicos com a prática de redução de danos, a todos os municípios pertencentes a Regional de Saúde.

Tipo de Pesquisa

O delineamento da pesquisa foi quantitativo e descritivo, realizada no período de abril a outubro de 2017. Como optou-se pelo método quantitativo, as questões com respostas abertas foram excluídas, após a coleta de dados, com a finalidade de uniformidade desse estudo.

1.1 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da Universidade Estadual do Centro Oeste, sob parecer nº. Considerou-se critérios de inclusão de participantes: a) ser profissional dos CAPS da cidade de Guarapuava, PR e: b) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram adotados critérios de exclusão da pesquisa, são eles:

- a) fichas preenchidas de forma incompleta ou não preenchidas;
- b) recusa de participação na pesquisa pelo profissional;
- c) profissionais em período de férias ou de licença durante o período de realização da coleta de dados;
- d) não ter assinado o TCLE;
- e) recusa do profissional na participação.

1.2 Local de Estudo

A Pesquisa foi realizada na cidade de Guarapuava- Paraná, município sede da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. A área de abrangência da

5ª Regional de Saúde corresponde a 20 Municípios, distribuídos em 3 microrregiões: a) Guarapuava (Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Pinhão, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu e Turvo); b) Laranjeiras do Sul: (Marquinho, Nova Laranjeiras, Porto Barreiro, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond); c) Pitanga (Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Laranjal, Palmital), com população total de 454.220 habitantes. Já a cidade de Guarapuava, possui 169.007 habitantes, representando 37,21% dos habitantes da regional.

1.3 Público Alvo do Estudo

Primeiramente, buscou-se realizar uma pesquisa bibliométrica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com o objetivo de buscar dados de recursos humanos dos CAPS, da cidade de Guarapuava, PR. O CNES foi escolhido, como fonte de informação por conter subsídios de todos os estabelecimentos de saúde existentes no território nacional. O cadastro é o único registro oficial com dados informatizados das equipes de CAPS, com informações referentes a identificação, ocupação dos profissionais, localização das equipes, dentre outras. Após a consulta, foram constatadas dois estabelecimentos municipais de saúde mental no município de Guarapuava, CAPS II e CAPSAD.

1.4 Diagnóstico do Trabalho Interdisciplinar

Para a avaliação da equipe, foi contatada via telefone cada unidade de saúde, sendo agendada previamente uma reunião com o responsável pela unidade (coordenador). Primeiramente este profissional recebeu as informações a respeito sobre a importância da pesquisa e a sua finalidade, para a sensibilização e maior participação da equipe. Posteriormente, foram agendadas as datas e locais para a coleta de dados, mais especificamente durante os dias já pré-estabelecidos de rotina de reunião de equipe, que ocorrem nas quartas-feiras pela manhã, no CAPS II e as sextas feiras pela manhã no CAPSAD, afim de não prejudicar o andamento normal do serviço prestado à população.

Durante a reunião de coleta de dados os profissionais receberam informações referentes à pesquisa e sobre a importância da sua participação, pois por meio dos resultados obtidos poderiam influenciar ao direcionamento de novas ações para a melhoria do atendimento do trabalho em equipe de forma a otimizá-lo.

Aos profissionais que aceitaram participar de todo o estudo foi aplicado um questionário validado e autoaplicável (APENDICE1), adaptado de Schmitt (2015) e Costa (2012), com o objetivo de se avaliar o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar. O referido questionário abordou quatro eixos principais de perguntas, sendo elas: a) identificação; b) formação; c) trabalho ou instituição e; d) interdisciplinaridade e equipe. Cada questionário levou em média quinze minutos para ser respondido.

A coleta de dados durou cerca de dois meses, com a finalidade de abranger o maior número de participantes na pesquisa.

1.5 Promoção do Trabalho Interdisciplinar

Foi realizada uma Ação Educativa Interdisciplinar, com o objetivo de promover novas ações interdisciplinares entre os profissionais das equipes avaliadas. Esta ação educativa foi aplicada após a etapa de coleta de dados, utilizando a metodologia da Roda de Conversa. Para esta abordagem, utilizou-se um portfólio (APENDICE 2). O referido portfólio apresenta informações conceituais a respeito do trabalho interdisciplinar dentro das unidades de CAPS, visando proporcionar a educação em saúde da equipes atuantes nestes dispositivos de saúde (FURTADO, 2007).

Iniciou-se a intervenção aos participantes com a discussão do portfólio, o qual recebeu o título Interdisciplinaridade em Centros de Atenção Psicossocial. Os principais temas abordados na ação foram; a) interdisciplinaridade; b) trabalho em equipes interdisciplinares; c) o benefício do trabalho interdisciplinar na atividade laboral e significância do trabalho em saúde mental; d) benefícios da interdisciplinaridade na assistência de saúde mental. Com o término da ação educativa interdisciplinar, os participantes da pesquisa, foram convidados a

contribuir oralmente com suas opiniões a respeito dos temas trabalhados. Neste aspecto, o objetivo das Rodas de Conversa foi estimular a construção da autonomia dos participantes por meio da problematização, reflexão e discussão para a ação conjunta de desenvolvimento do trabalho interdisciplinar nos CAPS. Ao se perceber a convergência do grupo para um pensamento coletivo sobre o tema, a ação educativa interdisciplinar será encerrada, sendo que sua duração terá em média cinquenta minutos aproximadamente.

Quando da avaliação dos resultados obtidos na ação educativa interdisciplinar, os participantes responderam um questionário validado e autoaplicável (APÊNDICE 3), adaptado de (MIRA, 2010 e Schimitt, 2015). Este questionário analisou de forma objetiva a satisfação dos participantes em relação a atividade aplicada, como verificar se ocorreu uma melhor compreensão sobre o tema interdisciplinaridade nos CAPS, após a ação educativa interdisciplinar.

1.6 Diagnóstico da Qualidade de vida

Como última etapa do processo de coleta de dados, foi aplicado o questionário da qualidade de vida aos profissionais de saúde mental, participantes da pesquisa. Para a avaliação da qualidade de vida neste estudo, será utilizado uma versão adaptada do instrumento denominado Wroqol Bref já validado, o qual será dividido em quatro domínios:

- a) físico;
- b) psicológico;
- c) relações sociais;
- d) meio ambiente e seccionado em 26 facetas (perguntas).

Os sujeitos assinalaram com um círculo na escala de Likert de 1 a 5, a pontuação que melhor represente suas respostas. Quanto maior a pontuação melhor é qualidade de vida.

1.7 Análise Estatística dos Dados

Os dados foram tabulados em planilha do software Excel®, e inicialmente analisados por meio de estatística descritiva, com descrição de valores médios, desvio-padrão, frequências relativas e frequências absolutas. Para comparação das variáveis entre o grupo que relatou ocorrência de interdisciplinariedade no trabalho com o grupo que relatou não ocorrer interdisciplinariedade, foi aplicado o teste do Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer, quando necessário. Para comparar a pontuação média obtida para cada questão e em cada domínio da avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o teste-T para amostras independentes. Para analisar a associação entre as variáveis coletadas no estudo com a ocorrência de interdisciplinariedade no trabalho, foi utilizada a Regressão Logística Bivariada.

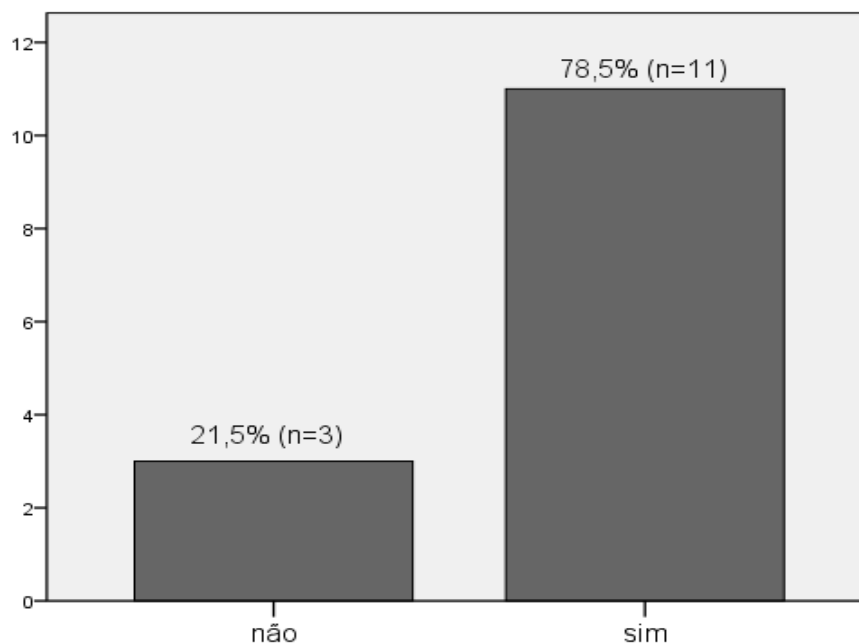
Foram realizadas descrições de dados com auxílio de recursos gráficos. Todas as análises foram realizadas com auxílio do software SPSS versão 22.2, com nível de significância de 5%.

1.8 Resultados e Discussão

Foram incluídos 14 profissionais da área da saúde, com exercício profissional no CAPS AD e CAPS II, sendo 92,9% (n=13) do sexo feminino e 7,1% (n=1) do sexo masculino. Em relação à idade, 21,4% (n=3) estavam na faixa etária de 20 a 30 anos, 14,3% (n=2) entre 30 a 40 anos, 28,6% (n=4) entre 40 a 50 anos e 35,7% (n=5) acima de 50 anos. Tratando-se da formação profissional, 14,3% (n=2) eram enfermeiros, 14,3% (n=2) eram assistentes sociais, 14,3% (n=2) eram técnicos em enfermagem, 14,3% (n=2) eram psicólogos, 7,1% (n=1) era terapeuta ocupacional, 7,1% (n=1) era técnico educacional, 7,1% (n=1) era agente social, 7,1% (n=1) era agente comunitário de saúde, 7,1% (n=1) era estagiário de psicologia e 7,1% (n=1) era estagiário de serviço social.

O gráfico 1 mostra os dados referente ao relato de ocorrência de interdisciplinariedade no trabalho pelos profissionais incluídos no estudo.

Gráfico 1. Ocorrência de interdisciplinariedade no trabalho, relatada pelos participantes do estudo



A tabela 1 mostra os dados referentes ao sexo, faixa etária, formação profissional e atuação profissional dos participantes do estudo, comparando o grupo que relatou ocorrência de interdisciplinariedade no trabalho com o grupo que relatou que a interdisciplinariedade não ocorre. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação às variáveis analisadas na tabela.

Tabela 1. Comparação das variáveis sexo, faixa etária, formação e atuação profissional em relação à ocorrência de interdisciplinariedade

Variáveis analisadas	Ocorrência de interdisciplinariedade			Valor de p*
	Amostra geral – % (n) n=14	Sim – % (n) n=11	Não – % (n) n=3	
Sexo				
Feminino	92,9 (13)	90,9 (10)	100 (3)	0,588
Masculino	7,1 (1)	9,1 (1)	0 (0)	
Faixa etária				
20 a 30 anos	21,4 (3)	27,3 (3)	0 (0)	0,346
30 a 40 anos	14,3 (2)	18,2 (2)	0 (0)	
40 a 50 anos	28,6 (4)	18,2 (2)	66,7 (2)	
Acima de 50 anos	35,7 (5)	36,4 (4)	33,3 (1)	

Formação profissional				
Enfermeiro	14,3 (2)	18,2 (2)	0 (0)	
Assistente social	14,3 (2)	9,1 (1)	33,3 (1)	
Psicólogo	14,3 (2)	18,2 (2)	0 (0)	
Técnico em enfermagem	14,3 (2)	9,1 (1)	33,3 (1)	
Terapeuta ocupacional	7,1 (1)	9,1 (1)	0 (0)	0,528
Agente social	7,1 (1)	0 (0)	33,3 (1)	
Agente comunitário de saúde	7,1 (1)	9,1 (1)	0 (0)	
Técnico educacional	7,1 (1)	9,1 (1)	0 (0)	
Estagiário de psicologia	7,1 (1)	9,1 (1)	0 (0)	
Estagiário de serviço social	7,1 (1)	9,1 (1)	0 (0)	
Escolaridade				
Ensino médio completo	42,9 (6)	36,4 (4)	66,7 (2)	0,347
Ensino superior completo	57,1 (8)	63,6 (7)	33,3 (1)	
Pós-graduação				
Especialização	42,9 (6)	45,5 (5)	33,3 (1)	
Mestrado	7,1 (1)	9,1 (1)	0 (0)	0,754
Não possui	50 (7)	45,5 (5)	66,7 (2)	
Tempo de exercício profissional				
1 a 5 anos	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
5 a 10 anos	28,6 (4)	27,3 (3)	33,3 (1)	0,787
10 a 15 anos	7,1 (1)	9,1 (1)	0 (0)	
Mais de 15 anos	50 (7)	45,5 (5)	66,7 (2)	
Não possui	14,3 (2)	18,2 (2)	0 (0)	
Tempo de trabalho no CAPS				
Menos de 1 ano	7,1 (1)	9,1 (1)	0 (0)	
1 a 5 anos	57,1 (8)	54,5 (6)	66,7 (2)	
5 a 10 anos	21,4 (3)	18,2 (2)	33,3 (1)	0,770
10 a 15 anos	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Mais de 15 anos	14,3 (2)	18,2 (2)	0 (0)	

Modo de ingresso no trabalho				
Concurso público	78,6 (11)	72,7 (8)	100 (3)	
Estágio	14,3 (2)	18,2 (2)	0 (0)	0,594
Não respondeu	7,1 (1)	9,1 (1)	0 (0)	

Notas: CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; % = percentual; n = número amostral; p = valor estatístico do teste

*Comparação estatística realizada por meio do teste Exato de Fischer, nível de significância de 5%

Observou-se na Tabela 1, a predominância do trabalho feminino nos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Guarapuava – PR. Isso é comprovado como uma tendência nos estudos de Rebouças, Legay e Abelha (2007), quando pesquisou-se a satisfação dos profissionais de saúde mental, na cidade do Rio de Janeiro, em um serviço de saúde mental, onde pode ser verificado, que 62,6% dos trabalhadores eram mulheres. Mesmo em novos serviços de saúde mental, observa-se a repetição dessa divisão de gênero em outras áreas do país. Pesquisa desenvolvida por Ramminger (2006) na cidade de Porto Alegre (RS) apontou que 85% dos trabalhadores de saúde mental naquela cidade eram mulheres, e no Ceará onde constatou-se que 72,8% dos trabalhadores de todos os Centros de Atenção Psicossocial do estado são mulheres (GODOY. et al, 2007).

Outro fator importante a ser ressaltado é a questão da formação profissional. Na tabela consta achados de 63,6% dos trabalhadores possuem ensino superior, e 45,5% não possuem cursos de pós graduação. Gomes(1997) relata em suas pesquisas que um dos principais fatores que causam prejuízos para a prática interdisciplinar é a formação dos profissionais, pois muitas vezes prioriza o conhecimento técnico e desconsidera as práticas advindas da comunidade. Além disso, essa formação disciplinar privilegia o trabalho individual, prejudicando a integração da equipe através de uma prática assistencial, voltada para o paciente e para a significação laboral.

A tabela 2 mostra os dados referentes à ação educativa interdisciplinar, comparando o grupo que relatou ocorrência de interdisciplinariedade no trabalho com o grupo que relatou que a interdisciplinariedade não ocorre. Houve diferença

significante entre os grupos em relação à carga horária da ação educativa interdisciplinar ($p=0,047$) e tendência à diferença significativa entre os grupos em relação à classificação da ação educativa interdisciplinar ($p=0,060$).

Tabela 2. Comparação das variáveis referentes à ação educativa interdisciplinar em relação à ocorrência de interdisciplinariedade

Variáveis analisadas	Amostra geral – % (n) n=14	Ocorrência de interdisciplinariedade		Valor de p*
		Sim – % (n)	Não – % (n)	
Conhecimento dos assuntos abordados na AEI				
Sim	85,7 (12)	90,0 (10)	66,7 (2)	0,287
Não	14,3 (2)	9,1 (1)	33,3 (1)	
Objetivos alcançados com a AEI				
Sim	100 (14)	100 (11)	100 (3)	NA
Não	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Realização de atividade prática na AEI				
Sim	85,7 (12)	90,9 (10)	66,7 (2)	0,287
Não	14,3 (2)	9,1 (1)	33,3 (1)	
Atividade prática adequada na AEI				
Adequada	78,6 (11)	90,9 (10)	33,3 (1)	
Insuficiente	7,1 (1)	0 (0)	33,3 (1)	0,060
Não respondeu	14,3 (2)	9,1 (1)	33,3 (1)	
Carga horária da AEI				
Adequada	92,9 (13)	100 (11)	66,7 (2)	
Insuficiente	7,1 (1)	0 (0)	33,3 (1)	0,047
Excessiva	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Aproveitamento na AEI				
Bom	100 (14)	100 (11)	100 (3)	
Regular	0 (0)	0 (0)	0 (0)	NA
Fraco	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Aplicabilidade da AEI				
Alta	78,6 (11)	81,9 (9)	66,7 (2)	
Média	21,4 (3)	18,2 (2)	33,3 (1)	0,571

	Baixa	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Avaliação do material didático da AEI					
	Adequado	100 (14)	100 (11)	100 (3)	
	Insuficiente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	NA
	Excessivo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Notas: AEI = ação educativa interdisciplinar; % = percentual; n = número amostral; p = valor estatístico do teste

*Comparação estatística realizada por meio do teste Exato de Fischer, nível de significância de 5%

É interessante notar, que houve significância na variável denominada carga horária da atividade educativa interdisciplinar foi insuficiente 33,3 com $p=0,047$.

Segundo estudos de Vieira e Torres (2005) pode-se realizar uma reflexão com o paradigma biológico que não contempla a expansão do conhecimento em relação ao trabalho em saúde mental e muito menos no campo assistencial, visto que, com a objetivação da doença retira do trabalhador a responsabilidade de novas perspectivas sobre o usuário do serviço, partindo do pressuposto medicamentoso como medida objetiva, na evolução do paciente em todas as suas arestas.

Como existem vários profissionais no estudo, com mais de quinze anos de atuação, pode-se inferir que sua prática ainda não condiz com a nova forma de reorganização assistencial pós reforma psiquiátrica.

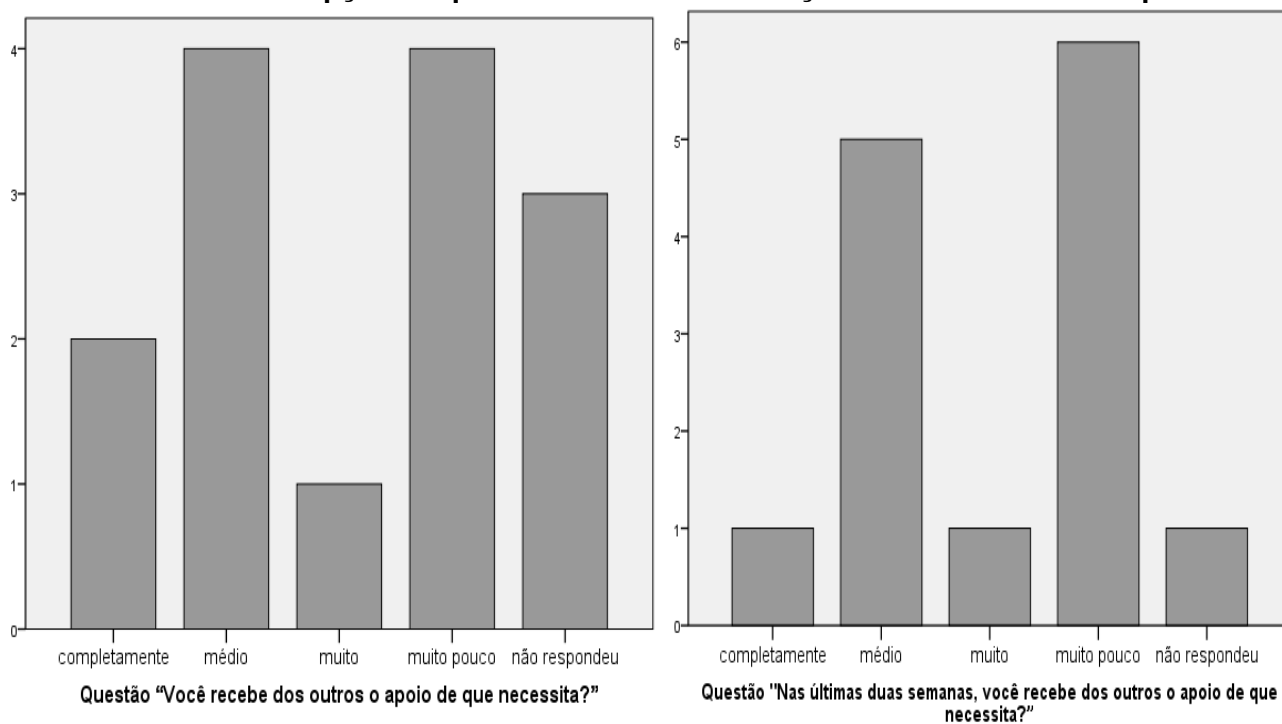
A ação educativa interdisciplinar colabora para um projeto interdisciplinar. Isso é comprovado no domínio aproveitamento da AEI que 100% dos participantes concordaram que o aproveitamento foi satisfatório.

Delors (1999) e Fazenda (1996) relatam que o processo de aprender e o de aprender a conviver, com o objetivo de desconstruir e construir o que é apresentado tradicionalmente e as práticas de revisão desses processos devem ser sempre revisados através de ações educativas, pautadas em novas reorganizações do saber e do fazer.

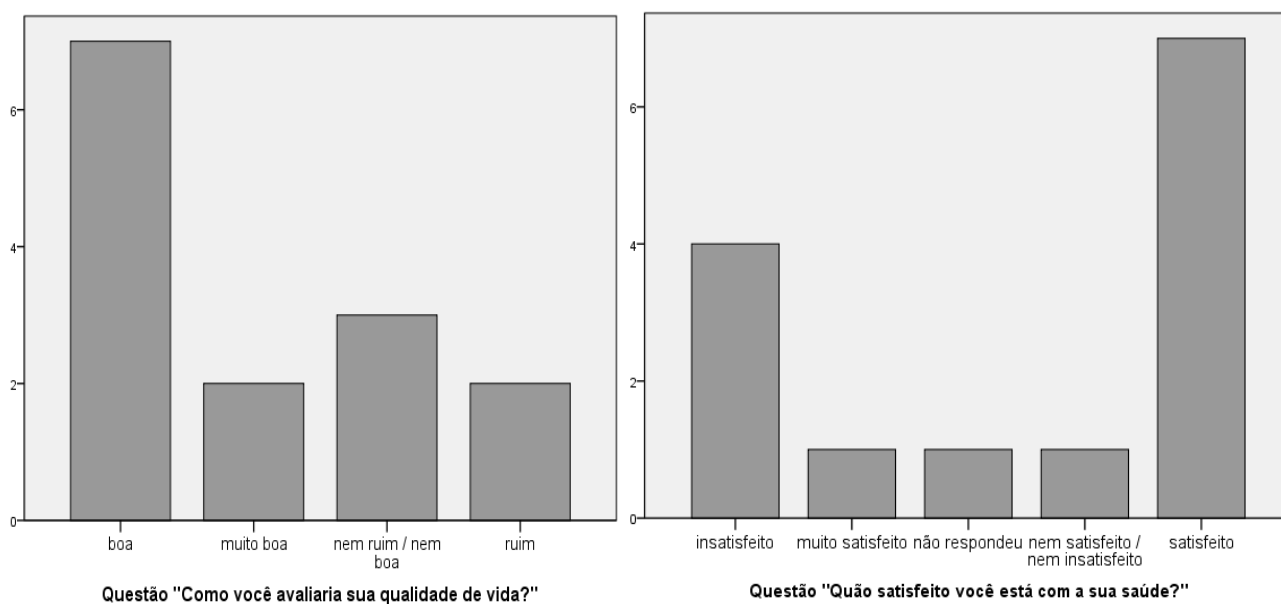
O gráfico 2 mostra a percepção da qualidade de vida dos participantes por meio das questões “Você recebe dos outros o apoio de que necessita?” e “Nas últimas duas semanas, você recebe dos outros o apoio de que necessita?”.

Na primeira questão, 14,3% (n=2) responderam completamente, 28,6% (n=4) médio, 7,1% (n=1) muito, 28,6% (n=4) muito pouco e 21,4% (n=3) não responderam. Para a segunda questão, 7,1% (n=1) responderam completamente, 35,7% (n=5) médio, 7,1% (n=1) muito, 42,9% (n=6) muito pouco e 7,1% (n=1) não responderam.

Gráfico 2. Percepção da qualidade de vida em relação ao recebimento de apoio



O gráfico 3 mostra a percepção da qualidade de vida dos participantes por meio da questão “Como você avaliaria sua qualidade de vida”, onde 50% (n=7) relataram boa, 14,3% (n=2) muito boa, 21,4% (n=3) nem ruim/nem boa e 14,3% (n=2) ruim. Para a questão “Quão satisfeito você está com a sua saúde”, 50% (n=7) estavam satisfeitos, 28,64% (n=4) insatisfeitos, 7,1% (n=1) muito satisfeitos, 7,1% (n=1) nem satisfeito/nem insatisfeito e 7,1% (n=1) não responderam.

Gráfico 3. Percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde

A tabela 3 mostra os dados referentes ao domínio físico da avaliação da qualidade de vida, comparando o grupo que relatou ocorrência de interdisciplinariedade no trabalho com o grupo que relatou que a interdisciplinariedade não ocorre. Não foram encontradas diferenças significantes nas pontuações médias para cada questão, entre os grupos.

Tabela 3. Comparação da pontuação média nas questões pertinentes ao domínio físico da avaliação da qualidade de vida em relação à ocorrência de interdisciplinariedade

Questões – DOMÍNIO FÍSICO	Ocorrência de interdisciplinariedade		Valor de p*
	Sim – média (DP)	Não – média (DP)	
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	3,73 (1,01)	4,33 (0,58)	0,347
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,55 (1,29)	3,67 (1,53)	0,908
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,30 (1,16)	3,00 (0,01)	0,434

Quão bem você é capaz de se locomover?	4,45 (0,69)	3,50 (2,12)	0,639
Quão satisfeito você está com seu sono?	3,27 (1,27)	3,00 (1,41)	0,788
Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,73 (0,91)	3,00 (1,41)	0,347
Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	3,36 (1,03)	3,00 (1,41)	0,666

Notas: DP = desvio-padrão; p = valor estatístico do teste

*Comparação estatística realizada por meio do teste-T para amostras independentes, nível de significância de 5%

Quando observa-se, na tabela 3 o domínio *o quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?* os profissionais que responderam que sim 3,59, pode ser evidenciado através dos estudos, de Seligmann e Silva (1994), quando identificam a existência de um campo interdisciplinar que se volta para analisar as conexões entre saúde mental e trabalho, mediante visões distintas, apresentando o conceito desgaste como opção integradora conceitual. Seligmann e Silva (1994) apontam a associação entre o desgaste psíquico a imagem de 'mente consumida' que reúnem três abrangências: a primeira compreendida por quadros clínicos relacionados ao desgaste orgânico da mente, a segunda que compreende variações do mal estar, das quais a fadiga mental e física é uma das analisadas e a terceira, quando se verificam os desgastes que afetam a identidade do trabalhador, quando atingem valores e crenças que podem, ferir consideravelmente o desempenho profissional de qualidade na assistência prestada e em sua própria significação laboral no desenvolvimento do trabalho interdisciplinar.

A tabela 4 mostra os dados referentes ao domínio psicológico da avaliação da qualidade de vida, comparando o grupo que relatou ocorrência de interdisciplinariedade no trabalho com o grupo que relatou que a interdisciplinariedade não ocorre. Não foram encontradas diferenças significantes nas pontuações médias para cada questão, entre os grupos.

Tabela 4. Comparação da pontuação média nas questões pertinentes ao domínio psicológico da avaliação da qualidade de vida em relação à ocorrência de interdisciplinaridade

Questões – DOMÍNIO PSICOLÓGICO	Ocorrência de interdisciplinaridade		Valor de p*
	Sim – média (DP)	Não – média (DP)	
O quanto você aproveita a vida?	3,55 (0,93)	3,67 (0,58)	0,837
Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	4,36 (0,67)	3,67 (0,58)	0,130
O quanto você consegue se concentrar?	3,45 (0,82)	3,67 (0,58)	0,686
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4,09 (0,71)	4,00 (1,41)	0,884
Quão satisfeito você está consigo mesmo?	3,91 (1,22)	3,00 (1,41)	0,361
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	3,91 (1,14)	3,67 (0,58)	0,732

Notas: DP = desvio-padrão; p = valor estatístico do teste

*Comparação estatística realizada por meio do teste-T para amostras independentes, nível de significância de 5%

Na tabela 4 evidencia-se que o domínio psicológico detém, grande incidência na qualidade de vida dos trabalhadores de saúde mental e posteriormente ao trabalho interdisciplinar $p = 3,91$. Isso fica evidenciado nos estudos de Borges e Argolo(2002), que demonstram que os fatores psicológicos entre os profissionais de saúde como ansiedade e depressão, por exemplo, estão relacionados ao desgaste e a desumanização no dia a dia de sua atuação, o que acarreta em profissionais tensos e deprimidos.

De acordo com Vieira e Torres (2005), afirmam que os trabalhadores de saúde mental que aderem aos dois paradigmas que historicamente norteiam as práticas de saúde mental, na saúde física e psicológica, demonstram que aqueles trabalhadores que mais aderem ao paradigma biológico no campo

assistencial e conseqüentemente na sua atividade laboral, são os que mais apresentam bem estar, ou seja, quando temos uma média de 3,67 de profissionais que responderam que não possuem fatores negativos, ao seu psicológico, podemos dizer que esses profissionais podem aderir ao paradigma biológico na sua atividade laboral, o que pode gerar um conflito de saberes entre os membros de equipes quando não observam a um conhecimento pautado na expansão do conhecimento, o que pode gerar na falta de apoio dos membros da equipe, que veremos logo em seguida.

A tabela 5 mostra os dados referentes ao domínio relações sociais da avaliação da qualidade de vida, comparando o grupo que relatou ocorrência de interdisciplinariedade no trabalho com o grupo que relatou que a interdisciplinariedade não ocorre. Não foram encontradas diferenças significantes nas pontuações médias para cada questão, entre os grupos. Houve apenas tendência a diferença entre os grupos para a questão “Quão satisfeito você está com o apoio que recebe dos seus amigos?” [3,73 (0,65) x 3,00 (0,01) pontos, $p=0,083$].

Tabela 5. Comparação da pontuação média nas questões pertinentes ao domínio relações sociais da avaliação da qualidade de vida em relação à ocorrência de interdisciplinaridade

Questões – DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS	Ocorrência de interdisciplinaridade		Valor de p*
	Sim – média (DP)	Não – média (DP)	
Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3,64 (3,82)	3,33 (0,58)	0,605
Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	3,82 (0,98)	3,33 (0,58)	0,437
Quão satisfeito você está com o apoio que recebe dos seus amigos?	3,73 (0,65)	3,00 (0,01)	0,083

Notas: DP = desvio-padrão; p = valor estatístico do teste

*Comparação estatística realizada por meio do teste-T para amostras independentes, nível de significância de 5%

Para Peduzzi (2001) e Oliveira (2006) percebe-se que as relações de apoio, que os trabalhadores recebem dos amigos de trabalho, ficou a desejar, com uma significância de $p= 0,083$. Isso decorre muitas vezes, como consequência de equipes multiprofissionais, que se constituem na modalidade de agrupamento, com um conjunto de diferentes agentes, o que pode acarretar a falta de apoio no ambiente de trabalho e conseqüentemente a dificuldade em desempenhar uma assistência ampliada e diminuição da qualidade de vida do trabalhador. A autoridade do saber e a prática disciplinar dos profissionais envolvidos podem desencadear em arenas de conflitos numa justaposição de agentes e trabalho alienado.

A tabela 6 mostra os dados referentes ao domínio meio ambiente da avaliação da qualidade de vida, comparando o grupo que relatou ocorrência de interdisciplinaridade no trabalho com o grupo que relatou que a interdisciplinaridade não ocorre. Não foram encontradas diferenças significantes nas pontuações médias para cada questão, entre os grupos.

Tabela 6. Comparação da pontuação média nas questões pertinentes ao domínio meio ambiente da avaliação da qualidade de vida em relação à ocorrência de interdisciplinaridade

Questões – DOMÍNIO MEIO AMBIENTE	Ocorrência de interdisciplinaridade		Valor de p*
	Sim – média (DP)	Não – média (DP)	
Quão seguro você se sente em sua vida diária?	3,36 (0,67)	3,33 (0,58)	0,945
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,00 (0,89)	2,50 (0,71)	0,475
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	3,27 (1,10)	3,50 (0,71)	0,788
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,27 (0,79)	3,00 (0,01)	0,277

Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	3,00 (1,18)	3,00 (0,01)	1,00
Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	4,00 (1,41)	4,00 (1,00)	1,00
Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,18 (1,08)	3,00 (0,01)	0,782
Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?	4,00 (1,09)	3,67 (0,58)	0,627

Notas: DP = desvio-padrão; p = valor estatístico do teste

*Comparação estatística realizada por meio do teste-T para amostras independentes, nível de significância de 5%

Como já observado na tabela 1 deste estudo, onde revelou-se o maior número de profissionais do sexo feminino, é interessante notar que no domínio meio ambiente $p = 0,475$, onde os participantes responderam não 0,71, pode ser estipulado nos estudos de Elias e Navarro (2006) quando pesquisados as profissionais de enfermagem do sexo feminino em um hospital público, constatou-se que a incorporação de novas tecnologias possa gerar economia na força de trabalho, pois o trabalho na área da saúde é trabalho denominado intensivo.

Ainda não foi encontrado nada que substitua o trabalho humano para o restabelecimento dos doentes, não existem máquinas que realizem as funções de um profissional da saúde. Mesmo diante dos modernos equipamentos de monitorização das funções vitais é necessário a instalação desses através do trabalho humano.

Elias e Navarro (2006), apontam como característica do trabalho em saúde ser predominantemente do sexo feminino, o meio ambiente onde essas mulheres estão inseridas geram situações específicas no processo do trabalho de enfermagem, por exemplo, onde a desvalorização, desprestígio e o próprio processo de desgaste laboral pode ser transformado em problemas de ordem física e emocional, devido as características ambientais as quais estejam inseridas, o que contribuiu para uma demasiada queda na qualidade do seu trabalho e na assistência prestada

A tabela 7 mostra a pontuação média obtida para os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, a pontuação média obtida para qualidade de vida geral e a classificação da qualidade de vida, comparando o grupo que relatou ocorrência de interdisciplinariedade no trabalho com o grupo que relatou que a interdisciplinariedade não ocorre.

Não foram encontradas diferenças significantes nas pontuações médias para cada questão, entre os grupos, nem nas prevalências da classificação da qualidade de vida.

Tabela 7. Comparação da pontuação média nos domínios da avaliação da qualidade de vida, qualidade de vida geral e classificação da qualidade de vida, em relação à ocorrência de interdisciplinariedade

Domínios	Amostra geral n=14	Ocorrência de interdisciplinariedade		Valor de p
		Sim	Não	
Físico	3,41 (0,91)	3,58 (0,82)	2,76 (1,11)	0,176*
Psicológico	3,74 (0,69)	3,88 (0,66)	3,22 (0,67)	0,226*
Relações sociais	3,62 (0,71)	3,73 (0,76)	3,22 (0,38)	0,296*
Meio ambiente	3,25 (0,79)	3,39 (0,69)	2,75 (1,09)	0,230*
Qualidade de vida geral	3,50 (0,69)	3,64 (0,63)	2,99 (0,77)	0,274*
Classificação da qualidade de vida^b				
Necessita melhorar	21,4 (3)	18,2 (2)	33,3 (1)	
Regular	50 (7)	45,5 (5)	66,7 (2)	0,459**
Boa	28,6 (4)	36,4 (4)	0 (0)	
Muito boa	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Notas: DP = desvio-padrão; p = valor estatístico do teste

*Comparação estatística realizada por meio do teste-T para amostras independentes, nível de significância de 5%

**Comparação estatística realizada por meio do teste Exato de Fischer, nível de significância de 5%

^a = dados expressos em média e desvio-padrão; ^b = dados expressos em frequências relativas e absolutas (percentual e número amostral)

Na tabela 7 observa-se a classificação da qualidade de vida caracterizada como regular pelos profissionais participantes da pesquisa 45,5%. Isso vem a contribuir com os estudos de Jardim (2001), que relata que existe uma multiplicidade de sentidos no trabalho diário, que acabam se apresentando como doenças, sintomas e síndromes. Não há porém, uma clinica do trabalho e outra do sujeito, mas sim uma clinica unitária que leva em consideração o trabalho e o sujeito.

A tabela 8 mostra a associação das variáveis analisadas no estudo com a ocorrência de interdisciplinaridade no trabalho. Não foram encontradas associações significantes.

Tabela 8. Associação das variáveis do estudo com a ocorrência de interdisciplinaridade

Variáveis analisadas	Ocorrência de interdisciplinaridade	
	OR (IC)	Valor de p*
Faixa etária		
Acima de 50 anos	0,250 (0,013 – 4,729)	0,355
Escolaridade		
Ensino superior completo	0,286 (0,19 – 4,237)	0,363
Tempo de exercício profissional		
10 a 15 anos	1,20 (0,073 – 19,63)	0,898
Conhecimento dos assuntos abordados na AEI		
Sim	0,200 (0,008 – 4,716)	0,318
Realização de atividade prática na AEI		
Sim	0,200 (0,008 – 4,716)	0,318
Aplicabilidade da AEI		
Alta	0,444 (0,026 – 7,666)	0,577
Domínios da qualidade de vida		
Físico	3,426 (0,541 – 21,699)	0,191
Psicológico	5,024 (0,509 – 49,575)	0,167
Relações sociais	2,692 (0,436 – 16,621)	0,286
Meio ambiente	2,963 (0,499 – 17,591)	0,232
Qualidade de vida geral	5,134 (0,498 – 52,925)	0,169

Notas: OR = odds-ratio; IC = intervalo de confiança; p = valor estatístico do teste

*Associação estatística realizada por meio de Regressão Logística Bivariada, nível de significância de 5%

A associação das variáveis com a presença de significância na tabela 8, quando pegamos os dados odds ratio, mostra-nos a alta aplicabilidade da AEI, com intervalo de confiança de 0,444, o que demonstra que são ações de capacitação como essas desenvolvidas nos CAPS, podem reverter as consequências laborais na qualidade de vida dos profissionais. Como pode ser confirmado através de estudos de Meirelles, Kantorski e Hypolito (2011), que indicam que as ações interdisciplinares em desenvolvimento nos CAPS devam ser pautadas em uma habilidade que necessita ser exercida e construída cotidianamente, dentro das relações estabelecidas pelos profissionais, mas especificamente, a partir de ações e práticas reinventadas, com um modo de comunicação e interação, pois as tradicionais hierarquização e verticalização centradas no desenvolvimento de ações individualizadas de cada profissional, são incompatíveis com a interdisciplinaridade.

A associação das variáveis com a presença de significância na tabela 8, quando pegamos os dados odds ratio, mostra-nos a alta aplicabilidade da AEI, com intervalo de confiança de 0,444, o que demonstra que são ações de capacitação como essas desenvolvidas nos CAPS, podem reverter as consequências laborais na qualidade de vida dos profissionais. Como pode ser confirmado através de estudos de Meirelles, Kantorski e Hypolito (2011), que indicam que as ações interdisciplinares em desenvolvimento nos CAPS devam ser pautadas em uma habilidade que necessita ser exercida e construída cotidianamente, dentro das relações estabelecidas pelos profissionais, mas especificamente, a partir de ações e práticas reinventadas, com um modo de comunicação e interação, pois as tradicionais hierarquização e verticalização centradas no desenvolvimento de ações individualizadas de cada profissional, são incompatíveis com a interdisciplinaridade.

Tabela 9. Comparação da pontuação média nas questões pertinentes aos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente da avaliação da qualidade de vida, na amostra geral e em relação à ocorrência de interdisciplinaridade

Questões – DOMÍNIO FÍSICO	Amostra geral % (n)	Ocorrência de interdisciplinaridade		Valor de p*
		Sim – média (DP) n=11	Não – média (DP) n=3	
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	3,86 (0,95)	3,73 (1,01)	4,33 (0,58)	0,347
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,57 (1,28)	3,55 (1,29)	3,67 (1,53)	0,908
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,23 (1,01)	3,30 (1,16)	3,00 (0,01)	0,434
Quão bem você é capaz de se locomover?	4,31 (0,95)	4,45 (0,69)	3,50 (2,12)	0,639
Quão satisfeito você está com seu sono?	3,23 (1,24)	3,27 (1,27)	3,00 (1,41)	0,788
Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,62 (0,96)	3,73 (0,91)	3,00 (1,41)	0,347
Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	3,31 (1,03)	3,36 (1,03)	3,00 (1,41)	0,666
Questões – DOMÍNIO PSICOLÓGICO				
O quanto você aproveita a vida?	3,57 (0,85)	3,55 (0,93)	3,67 (0,58)	0,837
Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	4,21 (0,70)	4,36 (0,67)	3,67 (0,58)	0,130
O quanto você consegue se concentrar?	3,50 (0,76)	3,45 (0,82)	3,67 (0,58)	0,686
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4,08 (0,76)	4,09 (0,71)	4,00 (1,41)	0,884
Quão satisfeito você está consigo mesmo?	3,77 (1,24)	3,91 (1,22)	3,00 (1,41)	0,361
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como	3,86 (1,03)	3,91 (1,14)	3,67 (0,58)	0,732

mau humor, desespero,
ansiedade, depressão?

Questões – DOMÍNIO

RELAÇÕES SOCIAIS

Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? 3,57 (0,85) 3,64 (3,82) 3,33 (0,58) 0,605

Quão satisfeito você está com sua vida sexual? 3,71 (0,91) 3,82 (0,98) 3,33 (0,58) 0,437

Quão satisfeito você está com o apoio que recebe dos seus amigos? 3,57 (0,65) 3,73 (0,65) 3,00 (0,01) **0,083**

Questões – DOMÍNIO MEIO

AMBIENTE

Quão seguro você se sente em sua vida diária? 3,36 (0,63) 3,36 (0,67) 3,33 (0,58) 0,945

Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? 2,92 (0,86) 3,00 (0,89) 2,50 (0,71) 0,475

Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? 3,31 (1,03) 3,27 (1,10) 3,50 (0,71) 0,788

Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? 3,23 (0,73) 3,27 (0,79) 3,00 (0,01) 0,277

Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? 3,00 (1,08) 3,00 (1,18) 3,00 (0,01) 1,00

Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora? 4,00 (1,30) 4,00 (1,41) 4,00 (1,00) 1,00

Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde? 3,14 (0,95) 3,18 (1,08) 3,00 (0,01) 0,782

Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte? 3,93 (0,99) 4,00 (1,09) 3,67 (0,58) 0,627

Notas: DP = desvio-padrão; p = valor estatístico do teste

*Comparação estatística realizada por meio do teste-T para amostras independentes, nível de significância de 5%

É perceptível notar, que não houveram significâncias nas associações nas variáveis do estudo, com a ocorrência da interdisciplinaridade. O processo de

trabalho e suas arestas conforme aponta Peduzzi (1998) requerem mudanças na divisão do trabalho coletivo. O fazer interdisciplinar pressupõe a coexistência das ações privativas de cada profissão e a execução de algumas ações comuns, com a horizontalização das relações de trabalho.

4. CONCLUSÃO

Os profissionais atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial da cidade sede da 5ª Regional de Saúde do Paraná, afirmaram em sua grande maioria, que realizam o trabalho interdisciplinar. Apesar de não terem sido observados grandes significâncias entre a qualidade de vida e a questão laboral na efetiva realização do trabalho interdisciplinar, em geral, os profissionais apresentam conhecimento sobre o tema da ação educativa interdisciplinar, porém enfrentam varias limitações para realizar o trabalho pautado na interdisciplinariedade. Verificou-se a falta de profissionais atuantes nesses serviços, o que pode remeter a dificuldades em realizar o trabalho interdisciplinar e por consequência em sua atividade laboral diária, culminando em uma qualidade de vida diminuída nos fatores psicológicos e de apoio de grupo como verificou-se neste estudo.

O método utilizado nessa pesquisa, denominado roda de conversa para a promoção da interdisciplinaridade nas equipes de CAPS, demonstrou-se eficaz, principalmente quando, debateu-se sobre as questões laborais desempenhadas no cotidiano das equipes, relacionando-as a qualidade de vida de cada trabalhador, o que gerou boas reflexões sobre os nexos que o trabalho em saúde mental, gera aos indivíduos que a promovem.

Deve-se desenvolver com urgência políticas públicas voltadas a promoção da interdisciplinaridade, que visem suprir as necessidades dos profissionais destes serviços de saúde, promovendo um trabalho conciso e com saberes dialogados na atenção psicossocial e que seja pautada, na singularidade dos autores como dos sujeitos. Em suma, é importante enaltecer ações educativas nos CAPS, com o objetivo de formar opiniões e oferecer novas perspectivas de trabalho para todos.

5. Referências Bibliográficas

ALVES.V.S. Um modelo de **educação em saúde para o programa saúde da família pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface- Comunicação Saúde, Educação.v9.n16.2005.

AMARANTE P, coordenador. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1995.

AMARANTE P, Torres EHG. **A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil**. Saúde Debate 2001.

AMARANTE P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.

BISPO, E.P.F. **Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na estratégia de saúde da família**. 2013. 46 p. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2013.

BORGES, L. O., & ARGOLO, J.C.T. **Estratégias Organizacionais na Promoção de Saúde Mental do Indivíduo Podem ser Eficazes?** In. Jacques, M.G. Saúde Mental & Trabalho: Leituras. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990 – 2004**. 5^a ed. Brasília (DF): Secretaria Executiva; 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa “De Volta para Casa”** / Ministério da Saúde - Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** – Brasília: 2004.

BRASIL. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Portal da Saúde. Ministério da Saúde. 2014** <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-re-de-de-atencao-psicossocial>. Acessado em 10/10/2017.

CAMPOS GWS. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde**. In: Merhy EE, Onocko Campos R, organizadores. *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997.

CAMPOS, I.O. **Programa de Volta para Casa em um município do estado de São Paulo: suas possibilidades e limites. 2008**. Dissertação Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CARVALHO ALL, Amarante P. **Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros**. *Saúde em Debate*. 1996;

CORDEIRO H. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde**. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2001

DELGADO PG. **A nova arquitetura da clínica**. In: Goldberg J, organizador. *Clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Te-Corá; 1996.

DELORS. J. **O Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez, 1999

ELIAS. A.M, NAVARRO.V.L.A. A. **A Relação entre o Trabalho, a Saúde e as Condições de Vida: Negatividade e Positividade no Trabalho das profissionais de Enfermagem de um Hospital Escola**. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006.

ENRIQUEZ E. **Vida psíquica e organização**. In: Motta F, Freitas ME, organizadores. *Vida psíquica e organização* São Paulo: Editora FGV; 2000.

FAZENDA ICA. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia** - 4ª Ed; São Paulo: Loyola;1996

FAZENDA. ICA. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 10ª Ed. Campinas: Papirus; 2002

FIGUEIREDO, M.F.S. et al. **Modelos aplicados às atividades de educação em Saúde**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010.

FONSECA AC. **A apuração de custos em serviço de saúde mental: o caso do S. Saúde Dr. Cândido Ferreira**. In: Harari A, Valentini W, organizadores. **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2001

FRAGA APV. **Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental**. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1997.

FURTADO. Juarez. **Pereira. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS**. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Campinas SP.2005.

GODOY, M. G. C. et al. **Condições organizacionais e saúde mental dos trabalhadores dos Caps do Ceará**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 4. 2007, Salvador. Anais...Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007

GLINA D, Rocha L, Batista ML, Mendonça MG. **Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática**. *Cad Saúde Pública*. 2001

GOLDBERG JI. **A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1992.

Gomes DCR, organizador. **Equipe de saúde: o desafio da integração**. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 1997.

IPARDES. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentável**. Curitiba: PARDES, 2013

IRRIBARRY.I.N. **Aproximações sobre a transdisciplinariedade algumas linhas histórias, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho da equipe**.

JAPIASSÚ H. **A interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro, 1976

KAËS R. **O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

KIRSCHBAUM DIR. **O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos**. Cad IPUB. 2000

LANCETTI A, Amarante P. **Saúde mental e saúde coletiva**. In: **Campos GWS, organizador. Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006

LIBÉRIO M. **Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental**. Saúde Foco. 2001

LIMA, S.C. **O Programa de Volta para Casa em Fortaleza: o que mudou na vida de seus beneficiários**. 2008. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) Centro de Humanidades, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

MANDRÁ, P.P.; SILVEIRA, F.D.F. **Satisfação de Usuários com um Programa de Roda de Conversa em Sala de Espera**. Audiology Communication Research, 2013.

Maria de Nazaré de Oliveira Fraga¹, Ângela Maria Alves e Souza², Violante Augusta Batista Braga³. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir**. Autor Correspondente: Ângela Maria Alves e Souza. R. João Sorongo - Fortaleza – CE, 1891.

MARTINEZ MC, Paraguay AI, Latorre MR. **Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores**. Rev Saúde Pública. 2004

MAZARINA I. **Trabalhador da saúde mental: encruzilhada da loucura**. Saúde Loucura 1991.

MEIRELES BHS, Erdmann AL. **A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na saúde**. **Texto Contexto Enfermagem 1999 jan/abr**; MORIN E. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.

MOTTA FP, Freitas ME, organizadores. **Vida psíquica e organização**. São Paulo: Editora FGV; 2000.

Maria Carolina Pinheiro Meirelles¹ Luciane Prado Kantorski² Álvaro Moreira Hypolito³ **A Interdisciplinaridade no processo de trabalho de centros de atenção Psicossocial**. Revista de Enfermagem da UFSM.2011.

OLIVEIRA F, Silva A. **Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade**. Rev. Bras Enferm. 2000.

Oliveira. A.G. B. **Trabalho e Cuidado no Contexto da Atenção Psicossocial: algumas reflexões**. Rev Escola Enferm Anna Nery. No prelo 2006.

Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. **Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. (SILOS). 1990.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA). **Plano diretor de regionalização, hierarquização regularização da assistência a saúde no estado do Paraná**. Curitiba. SESA. 2009.

PALÁCIOS M, Duarte F, Câmara V. **Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro**. Cad Saúde Pública. 2002.

PEDUZZI. M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceitos e tipologia**. Rev Saúde Pública, 2001.

PEDUZZI. M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas /Unicamp; 1998

PITTA AMF. **Os Centros de Atenção Psicossocial: espaço de reabilitação**. J Bras Psiq. 1994.

PROSSER D, Johnson S, Kuipers E, Szmukler G, Bebbington P, Thornicroft G. **Mental health, 'burnout' and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff**. Br J Psychiatry.1996.

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico**. B. Saúde, Porto Alegre, v., 2002.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. **Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental**. Rev. Saúde públ., São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007.

RIBEIRO, I.P. **De Volta para Casa: estudo com egressos de hospitais psiquiátricos**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2006.

ROTELLI F, Leonardis O, Mauri D. **Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”**. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. Desinstitucionalização. São Paulo (SP): Hucitec; 1990.

SATO, L. **A representação social do trabalho penoso**. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SILVA. ARV, Macêdo SF, Vieira NFC, et al. **Educação em Saúde a portadores de Diabetes Mellitus tipo 2: Revisão Bibliográfica**. Rev. Rene. 2009

SILVA. JPL, Tavares CMM. **Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar**. Saúde em Debate. 2003

SILVA. Lima, Sheila; Assis Brasil, Sandra. **Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização**. Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 24, núm. 1, enero-marzo, 2014, Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste Mental no Trabalho Dominado**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Cortez, 1994.

SCHMITT. V. **Interdisciplinaridade em Estratégia Saúde da Família (ESF): Estudo na cidade-sede da 4ª Regional de Saúde do Paraná**. Plataforma Sucupira. 2015

TAVARES. Cláudia Mara de Melo. **A Interdisciplinaridade como requisito para a Formação da Enfermeira Psiquiátrica na Perspectiva da Atenção Psicossocial.** Texto Contexto Enferm. Rio de Janeiro. 2005.

TENÓRIO, Fernando. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos Dias Atuais: História e Conceitos.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro, vol. 9(1), jan. - abr., 2002

TORRES. Santomé J. **Globalização e interdisciplinaridade: O currículo integrado.** Porto Alegre: Artmed; 1998

VILELA EM, Mendes IJM. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico.** Rev. Latino-am Enfermagem. 2003

ANEXOS

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DA INTERDISCIPLINARIDADE

Caro Profissional de Saúde:

Esta pesquisa compreende uma etapa da elaboração da dissertação de mestrado. O questionário a seguir, abrangem quatro categorias: identificação, formação, trabalho em equipe e, interdisciplinaridade e equipe, envolvendo questões de múltipla escolha e abertas. Pedimos sua colaboração para responde-lo, pois sua participação é fundamental e imprescindível. Desde já, agradeço sua cooperação.

Obrigado.

Data da coleta: ____/____/____

Responsável pela coleta: _____

CAPS: _____

() Feminino ()

Masculino

1- Identificação:

1.1- Idade

() 20 – 30

() 30 – 40

() 40 -50

() acima de 50

1.2 - Sexo

2- Formação

2.1 Profissão:

() Médico - especialidade

() Enfermeiro

() Assistente Social

() Psicólogo

() Técnico em Enfermagem

() Outro _____

2.2 Escolaridade

- 1º grau
- 2º grau
- 3º grau

2.3 Cursos de Pós graduação

- especialização
- mestrado
- doutorado
- pós doutorado
- não possui

2.4 Tempo de exercício profissional

- 1 – 5anos
- 5 – 10 anos
- 10 a 15 anos
- + de 15 anos

3.Trabalho na instituição

3.1 Tempo de trabalho no CAPS:

- Menos de 1 ano
- 1- 5 anos
- 5 - 10 anos
- 10- 15 anos
- + de 15 anos

3.2 Modo de ingresso na

Instituição:

- Concurso
- indicação
- outro _____

4. Interdisciplinaridade e equipe

4.1 Você considera que ocorre interdisciplinaridade na sua equipe de trabalho

- sim
- não

4.2 O que dificulta a realização de trabalhos interdisciplinares no CAPS?

(Adaptado de Schmitt, 2015; Costa, 2002)

APÊNDICE II

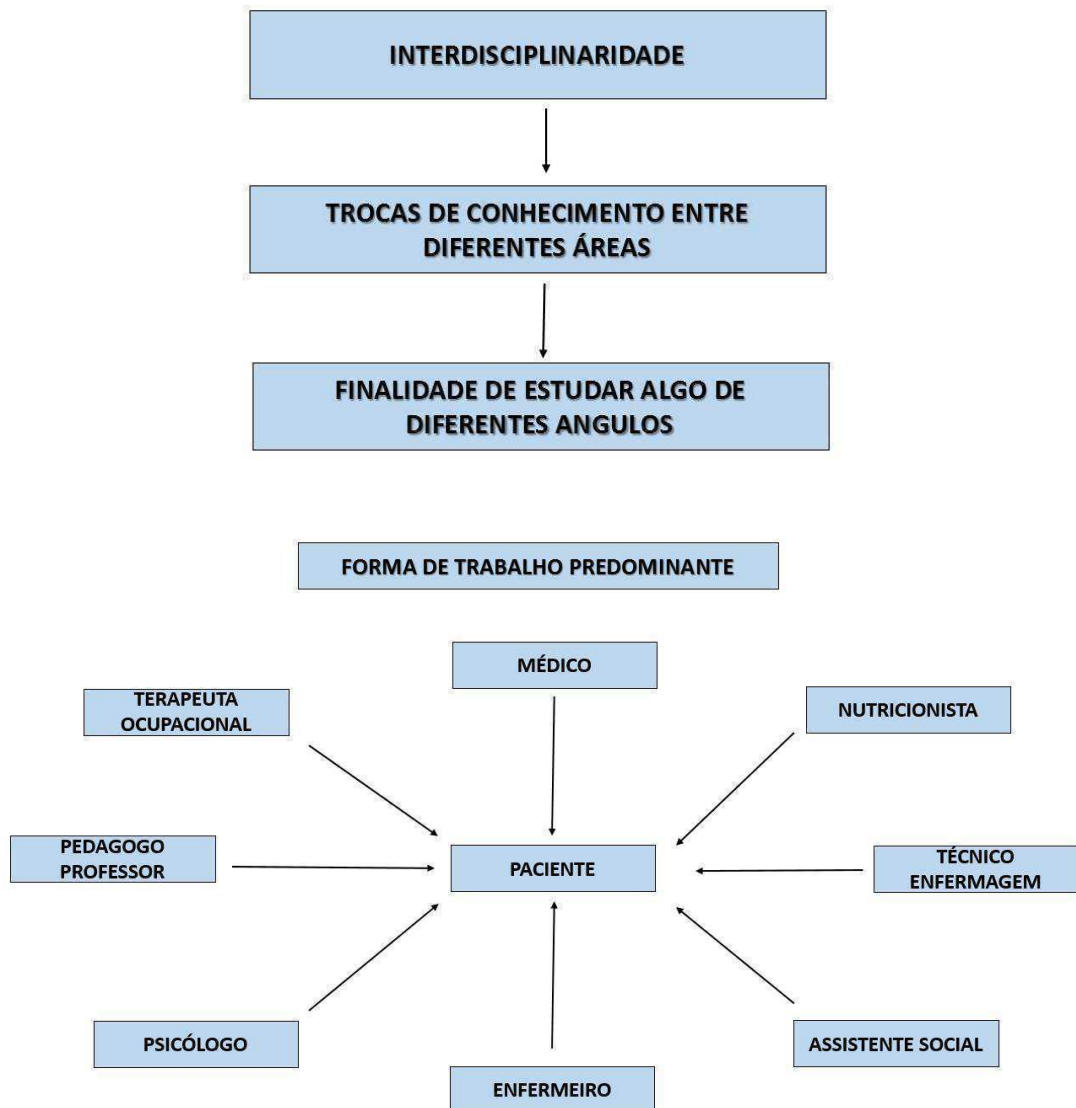
PORTFÓLIO: AÇÃO EDUCATIVA INTERDISCIPLINAR

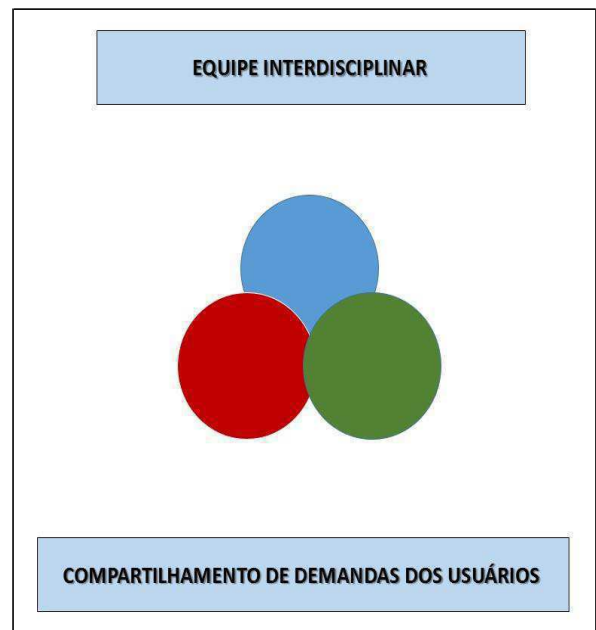
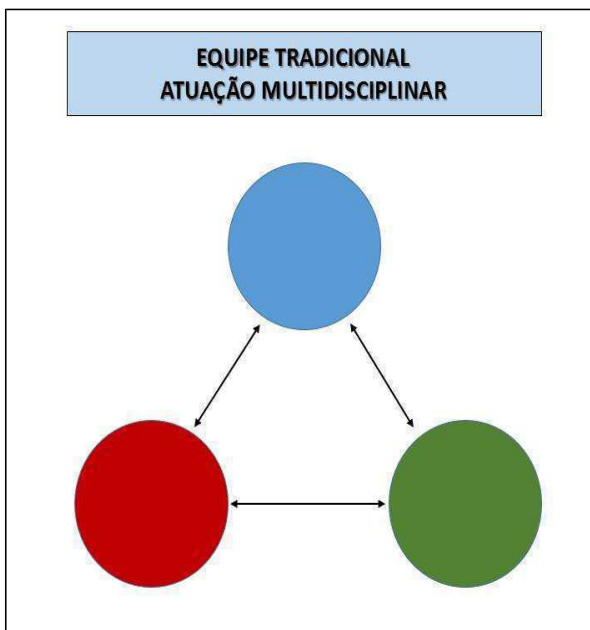
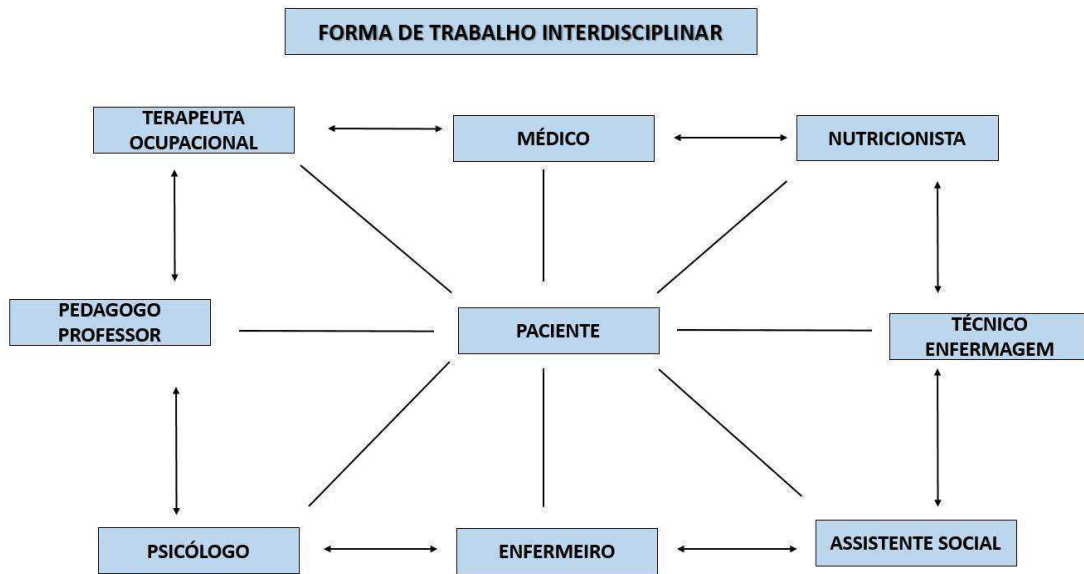
TEMA: INTERDISCIPLINARIDADE EM EQUIPES DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Rodrigo de Assis
Bayer

Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em
Desenvolvimento

Comunitário. UNICENTRO –
Paraná





APÊNDICE III

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO EDUCATIVA INTERDISCIPLINAR

**Caro
Profissional
de Saúde:**

Esta pesquisa compreende parte da elaboração da dissertação de mestrado. O questionário abaixo, compreende uma pesquisa de opinião e uma avaliação de satisfação que permitirá expressar sua ideia a respeito da ação educativa interdisciplinar que você participou e de sua aplicabilidade.

Desde já reiteramos que sua opinião é de grande valia para o aprimoramento deste objeto de estudo.

Data de coleta: ___/___/___

Responsável pela coleta: _____

CAPS: _____

Mediador:

1) Você já tinha conhecimento dos assuntos abordados nesta ação educativa interdisciplinar?

() Sim () Não.

Justifique _____

2) Os objetivos propostos pela ação educativa interdisciplinar foram alcançados

() Sim () Não. Justifique: _____

3) Houve atividade prática durante a ação educativa interdisciplinar

() Sim () Não

4) Se respondeu sim a questão anterior, como foram as atividades práticas realizadas em sala de aula?

() Adequada () Insuficiente () Excessiva.

Justifique: _____

5) Como foi a carga horária da ação educativa interdisciplinar

() Adequada () Insuficiente () Excessiva.

Justifique: _____

6) Como você avalia seu aproveitamento nesta ação educativa interdisciplinar

() BOM () Regular () Fraco.

Justifique: _____

7) Na sua opinião as informações recebidas nesta ação educativa interdisciplinar terão na sua atividade profissional a seguinte aplicabilidade.

() Alta () Média () Baixa.

Justifique: _____

8) Como você avalia o material didático

() adequado () Insuficiente () Excessiva

9) Quais relações você faz desta ação educativa interdisciplinar com a sua qualidade de vida como trabalhador(a) de saúde mental?

(SCHMITT, 2015)

APÊNDICE IV

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Caro Profissional de Saúde:

Você está recebendo um questionário de qualidade de vida. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Leia as perguntas e assinale com um círculo os números que melhor expressam suas respostas. Lembro que você não será identificado. Conto com sua colaboração.

Data de coleta: ____ / ____ / ____

Responsável pela coleta: _____

CAPS: _____

Mediador: _____

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	-	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	-	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais amigos, parentes, conhecidos, colegas?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

1. DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE AÇÃO EDUCATIVA INTERDISCIPLINAR NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): A INTERFERENCIA DA ATIVIDADE LABORAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Pesquisador: RODRIGO DE ASSIS BAYER

2. Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80313517.9.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

3. DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.409.261

4. Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação do projeto de pesquisa intitulado AVALIAÇÃO DE AÇÃO EDUCATIVA INTERDISCIPLINAR NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): A INTERFERENCIA DA ATIVIDADE LABORAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL, de interesse e responsabilidade do proponente RODRIGO DE ASSIS BAYER.

Esta pesquisa será desenvolvida nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Paraná.

Participarão da pesquisas profissionais de saúde de nível superior e médio, com vínculo profissional nos Centros de Atenção Psicossocial.

A forma de investigação deste estudo será quantitativo, exploratório e descritivo.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)

Bairro: Vila Carli

CEP: 85.040-080

Município: GUARAPUAVA

Telefone: (42)3629-8177

Fax: (42)3629-8100

E-mail: comep_unicentro@yahoo.com.br



O referido estudo, será realizado primeiramente através de uma consulta bibliométrica, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para a identificação do número de profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial, este cadastro é o único meio eletrônico oficial sobre o CAPS, onde pode-se verificar a localização da equipe, ocupação dos profissionais e sua identificação.

Para o diagnóstico da interdisciplinaridade será aplicado um questionário já validado de Costa (2002) e Schmitt (2015), com o objetivo de diagnosticar o trabalho interdisciplinar nas equipes dos centros de atenção psicossocial.

Este instrumento aborda quatro eixos temáticos através de perguntas, sendo elas:

- a) Identificação,
- b) formação,
- c) trabalho na instituição,
- d) interdisciplinaridade e equipe.

5. Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Diagnosticar e promover o trabalho interdisciplinar dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade- sede da 5ª Regional de Saúde do Paraná.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar a forma de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial, através de consulta bibliométrica;
- Diagnosticar o trabalho interdisciplinar ente os profissionais atuantes nos CAPS;
- Propor ações educativas visando promover o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar entre os profissionais dos CAPS.
- Diagnosticar a qualidade de vida pré e pós ação educativa interdisciplinar.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)

Bairro: Vila Carli

CEP: 85.040-080

Município: GUARAPUAVA

Telefone: (42)3629-8177

Fax: (42)3629-8100

E-mail: comep_unicentro@yahoo.com.br



6. Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O procedimento utilizado neste estudo será a aplicação de questionários semi estruturados além de uma ação educativa interdisciplinar relacionados a atividade laboral desenvolvidos pelos participantes. Podem ocorrer, portanto, desconfortos, advindos dos recursos metodológicos utilizados no estudo. O tipo de procedimento utilizado apresenta um risco mínimo de desconforto emocional caso ocorra, o participante tem assegurado o encaminhamento e tratamento, por parte do pesquisador, além da assistência integral imediata e gratuita em se para os participantes deste estudo.

Benefícios:

Desenvolver a interdisciplinaridade nos serviços de saúde mental pesquisados.

7. Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa apresenta relevância científica com método adequado para atingir aos objetivos propostos.

8. Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Check List inteiramente preenchido ok;
- 2) Folha de rosto com campos preenchidos e com carimbo identificador e assinada por Luis Paulo Gomes Mascarenhas, coordenador do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Comunitário;
- 3) Carta de anuência/autorização assinada por Monica da Silva Tavares, Secretária Municipal de Saúde interina;
- 4) TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) adequado;
- 5) Projeto de pesquisa completo anexado pelo pesquisador;
- 6) Instrumento para coleta dos dados ok;

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)

Bairro: Vila Carli

CEP: 85.040-080

Município: GUARAPUAVA

Telefone: (42)3629-8177

Fax: (42)3629-8100

E-mail: comep_unicentro@yahoo.com.br



7) Cronograma do projeto completo e da Plataforma. A vigência da pesquisa é de 10/03/2018 a 10/08/2018; 8)- Orçamento ok.

9. Recomendações:

(1)- Ressalta-se que segundo a Resolução 466/2012, item XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, parágrafo f), é de responsabilidade do pesquisador "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa."

(2)- O TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve ser emitido em duas vias de igual teor. Todas as vias devem ser assinadas pelo pesquisador responsável e pelo participante. Uma via deverá ser entregue ao participante e a outra fará parte dos documentos do projeto, a serem mantidos sob a guarda do pesquisador.

(3)- Apenas corrigir gramaticalmente no TCLE a parte de riscos que diz: "...e gratuita em se para...". Finalizar o texto do item afirmando que o pesquisador se responsabiliza por prestart assistência integral, imediata e gratuita.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012. Este CEP considera que todos os esclarecimentos necessários foram devidamente prestados, estando este projeto de pesquisa apto a ser realizado, devendo-se observar as informações presentes no item "Recomendações".

10. Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o término da pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)

Bairro: Vila Carli

CEP: 85.040-080

Município: GUARAPUAVA

Telefone: (42)3629-8177

Fax: (42)3629-8100

E-mail: comep_unicentro@yahoo.com.br

11. Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_949340.pdf	24/11/2017 12:03:28		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto07.pdf	24/11/2017 12:03:00	RODRIGO DE ASSIS BAYER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa.docx	24/11/2017 12:01:55	RODRIGO DE ASSIS BAYER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/11/2017 12:01:12	RODRIGO DE ASSIS BAYER	Aceito
Outros	Questionario_coleta.docx	23/11/2017 23:47:39	RODRIGO DE ASSIS BAYER	Aceito
Outros	Instrumento_coleta.docx	23/11/2017 23:47:20	RODRIGO DE ASSIS BAYER	Aceito
Outros	Acao_educativa.docx	23/11/2017 23:46:57	RODRIGO DE ASSIS BAYER	Aceito
Outros	texto_ANEXO1.docx	23/11/2017 23:46:14	RODRIGO DE ASSIS BAYER	Aceito
Outros	Check_List.docx	23/11/2017 23:27:58	RODRIGO DE ASSIS BAYER	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	23/11/2017 20:44:04	RODRIGO DE ASSIS BAYER	Aceito

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)

Bairro: Vila Carli

CEP: 85.040-080

Município: GUARAPUAVA

Telefone: (42)3629-8177

Fax: (42)3629-8100

E-mail: comep_unicentro@yahoo.com.br

12. Situação do Parecer:

Aprovado

13. Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GUARAPUAVA, 01 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Roberta Letícia Krüger (Coordenador)

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)

Bairro: Vila Carli

CEP: 85.040-080

Município: GUARAPUAVA

Telefone: (42)3629-8177

Fax: (42)3629-8100

E-mail: comep_unicentro@yahoo.com.br

APÊNDICE V

PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA - COMEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Colaborador (a):

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Análise de Ação Educativa Interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): A Incidência do Trabalho na Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Mental, de responsabilidade, do mestrando Rodrigo de Assis Bayer, sob orientação do professor Dr. Emerson Carraro, cujo objetivo é investigar a interdisciplinaridade nos CAPS da cidade sede da 5ª Regional de Saúde do Paraná. A referida pesquisa tem por objetivo diagnosticar o trabalho interdisciplinar das equipes e propor uma ação educativa interdisciplinar, visando contribuir para a integralidade de cuidados aos usuários do serviço de saúde e conseqüentemente, diminuindo fatores laborais, que incidem na qualidade de vida dos trabalhadores de saúde mental.

1. **PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** Esta pesquisa possui 4 fases, a primeira será a aplicação de diagnóstico da interdisciplinaridade, a segunda a ação educativa interdisciplinar a terceira a avaliação da ação educativa interdisciplinar e a quarta o questionário de qualidade de vida. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter participado de qualquer etapa da pesquisa sem nenhum prejuízo para você.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)

Bairro: Vila Carli

CEP: 85.040-080

Município: GUARAPUAVA

Telefone: (42)3629-8177

Fax: (42)3629-8100

E-mail: comep_unicentro@yahoo.com.br

2. **RISCOS E DESCONFORTOS:** O procedimento desse estudo, será a aplicação de questionários semiestruturados, além de uma ação educativa interdisciplinar relacionados a atividade laboral, desenvolvida pelos participantes. Podem ocorrer, portanto, desconfortos advindos dos recursos metodológicos utilizados no estudo. O tipo de procedimento utilizado, apresenta um risco mínimo de desconforto emocional, caso ocorra, o participante tem assegurado o encaminhamento e tratamento por parte do pesquisador, além da assistência integral e imediata e gratuita para os participantes desse estudo.

3. **BENEFÍCIOS:** Os benefícios desta pesquisa são:

a) Desenvolver a prática do trabalho interdisciplinar nas equipes de saúde mental;

b) Diminuir os impactos laborais da área de saúde mental no cotidiano de vida dos trabalhadores desta área de saúde;

c) Desenvolver hábitos de reuniões interdisciplinares entre todos os profissionais envolvidos na reabilitação dos usuários do CAPS;

d) Propor novas ações de assistência interdisciplinares, onde todos os integrantes da equipe, possam participar na efetiva reabilitação dos usuários do serviço, diminuindo por exemplo a sobrecarga de trabalho.

4. **CONFIDENCIALIDADE:** A sua participação neste estudo é voluntária. Sua recusa não gerará nenhum prejuízo em seu trabalho atual. As despesas desta pesquisa não são de sua responsabilidade. Quando houver o momento da publicação dos resultados desta pesquisa, não aparecerá seu nome, e sim um código, para que sua confidencialidade seja mantida.

5. **ESCLARECIMENTOS:** Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Rodrigo de Assis Bayer

Endereço: Rua Cantú, 371

Endereço: Rua Símeão Camargo Varela de Sá, 05 - Campus CEDETEC - (ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)	
Bairro: Vila Carli	CEP: 85.040-080
Município: GUARAPUAVA	
Telefone: (42)3629-8177	E-mail: comeq_unicentro@yahoo.com.br

6. **RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:** Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. **CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:** Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisado

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)

Bairro: Vila Carli

CEP: 85.040-080

Município: GUARAPUAVA

Telefone: (42)3629-8177

Fax: (42)3629-8100

E-mail: comep_unicentro@yahoo.com.br