

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

ALYNE VIEIRA LIMA

**A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E A  
CLÍNICA: UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL  
COLÔNIA DE BARREIROS – PE.**

Recife

2010

*A Alyne Vieira Lima*

**A Gestão do Processo de Trabalho e a Clínica: Um estudo de caso no Hospital  
Colônia de Barreiros – PE**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção  
do grau de mestre em Ciências.

**Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque**

Recife  
2010

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

L732g Lima, Alyne Vieira.

A gestão do processo de trabalho e a clínica: um estudo de caso no Hospital Colônia de Barreiros – PE/ Alyne Vieira Lima. — Recife: A. V. Lima, 2010.

74 p.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadora: Paulette Cavalcanti Albuquerque.

**1. Gestão em Saúde. 2. Atenção à Saúde. 3. Processo de Trabalho. 4. Reforma Psiquiátrica. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti. II. Título.**

---

CDU 331

**ALYNE VIEIRA LIMA**

**A Gestão do Processo de Trabalho e a Clínica: Um estudo de caso no Hospital  
Colônia de Barreiros – PE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: 30/07/2010

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Dr. Ivo de Andrade Lima Filho.  
Departamento de Terapia Ocupacional – UFPE.

\_\_\_\_\_  
Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse.  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ.

\_\_\_\_\_  
Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque.  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ.

A minha amada vó pelos mais  
sábios ensinamentos: ser forte,  
sadia e feliz.

## AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Professora Paulette Cavalcanti, pelo acolhimento e orientações quando quase achei que não era possível.

A minha amiga e co-orientadora, Bernadete Perez, pelas orientações, força, apoio e solidariedade.

A minha mãe, por toda a maternagem.

Ao meu pai, pelos ensinamentos éticos.

A minha filha Milena, por me ensinar o amor.

A minha neta Malu, pela alegria.

A minha cachorrinha Nise, pela lealdade e compreensão dos passeios roubados.

A minha afilhada Clara, pelo afeto.

Aos meus irmãos, pelo apoio.

A minha amiga Thatiane Torres, pela sensibilidade e abraço.

Ao amigo Tiago Feitosa, pela compreensão.

À direção e equipe técnica do Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, sem os quais não seria possível.

Aos pacientes do Hospital Colônia, pelo afeto.

A minha amiga Berta Agra, pela força.

À equipe técnica da coordenação de saúde mental de Recife, pelo precioso apoio.

Aos amigos que fiz na Regulação da SES/PE, pelo apoio.

“Não sabeis do que sois capazes, no bom como no mau, não sabeis antecipadamente o que pode um corpo ou uma alma, num encontro, num agenciamento, numa combinação.”

**Espinosa**



---

LIMA, Alyne Vieira. **A gestão do processo de trabalho e a clínica:** um estudo de caso no Hospital Colônia de Barreiros - PE. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

---

## RESUMO

Constatamos a existência de uma crise nos modelos de atenção e gestão da saúde. Tal crise reflete-se nas suas organizações e estas não alcançam o cumprimento de sua missão. Nas modernas instituições de saúde, ainda é preponderante a prática de uma clínica degradada e formas autoritárias de gestão que limitam a potencialidade dos trabalhadores, mantendo-os presos à lógica clientelista e burocratizada do trabalho em saúde. Para transformar a realidade atual, é preciso desenvolver outras formas de gestão e de organização do processo de trabalho que propiciem o desenvolvimento da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos envolvidos, assim como o redimensionamento do conceito e da prática clínica. No campo da saúde mental, evidenciam-se vários avanços no processo da Reforma Psiquiátrica, porém ainda encontramos barreiras na formação de redes territoriais e intersetoriais, e na desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência. O presente trabalho analisa a gestão do processo de trabalho na execução do Projeto Terapêutico Institucional e operacionalização da clínica no Hospital Colônia de Barreiros. O referido hospital é uma instituição pública sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, destinado ao tratamento de pacientes psiquiátricos de longa permanência, do sexo masculino, com capacidade instalada para 120 internos. Trabalhamos com a pesquisa qualitativa partindo da realidade presente no campo a ser investigado, utilizando a metodologia da pesquisa-ação. O método da gestão participativa mostra-se como instrumento potente para o desenvolvimento de uma clínica acolhedora e ampliada e para a produção de sujeitos mais críticos, mostrando-se também como medida preventiva para saúde do trabalhador. Dessa forma, buscamos contribuir para melhoria do trabalho em saúde, para defesa e sustentabilidade do SUS.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Atenção à Saúde. Processo de Trabalho. Reforma Psiquiátrica.

---

LIMA, Alyne Vieira. **The management of the working process and the clinic:** case study in the Barreiros Colony Hospital - PE. 2010. Dissertation (Professional Master of Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

---

### **ABSTRACT**

We note the existence of a crisis in the models of attention and management in health. Such crisis is reflected in their organizations and they do not reach the fulfillment of its mission. In modern health institutions, practices of a clinical degraded and authoritarian management ways that limit the potentiality of workers are still preponderant, keeping them tied to the clientist and bureaucratic logic of health work. To transform the current reality it is needed to develop other ways of management and organization of the working process that favor the development of capacity for analysis and intervention of the people who are involved, as well as resizing clinical concept and practice. In the field of mental health there are several advances in the process of Psychiatric Reform, but we still encounter barriers in the formation of territorial and intersectoral networks and the deinstitutionalization of long-stay patients. This work analyzes the management of the working process in the execution of the Institutional Therapeutic Project and operation of the clinic in the Barreiros Colony Hospital. This hospital is a public institution under the direction of Pernambuco State Health Department, for the treatment of long-stay male psychiatric patients, with capacity for 120 inmates. We work with qualitative research based on the present reality in the field to be investigated using the research-action methodology. Participatory management method shows up as a powerful tool for developing a cozy and expanded clinic to produce more critical subjects, showing itself as a preventive measure for worker health. Thus, we seek to contribute to the improvement of health work, to protection and sustainability of SUS (The Brazilian Health System).

**Keywords:** Management of health. Attention to health. Working process. Psychiatric Reform.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com funcionamento 24 horas.

CAT – Centro de Atividades Terapêuticas.

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

EUA – Estados Unidos da América.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.

GERES – Gerência Regional de Saúde.

HCVGM – Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos.

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social.

PE – Pernambuco.

PNASH – Plano Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar.

PTI – Projeto Terapêutico Institucional.

PTS – Projeto Terapêutico Singular.

SES – Secretaria Estadual de Saúde.

SES/ PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

TR – Técnico de Referência.

TRs – Técnicos de Referência.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
1.1 A CRISE NA SAÚDE	13
1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA	15
1.3 O HOSPITAL COLÔNIA DE BARREIROS	21
<b>2 OBJETIVOS</b>	27
2.1 GERAL	27
2.2 ESPECÍFICOS	27
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	28
3.1 ATENÇÃO Á SAÚDE	28
3.2 A GESTÃO EM SAÚDE	33
3.3 REDIMENSIONAMENTO DA CLÍNICA	38
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b>	42
4.1 TIPO DE PESQUISA	42
4.2 LOCAL DO ESTUDO	45
4.3 APRESENTAÇÃO DAS FASES	46
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	47
<b>6 CONCLUSÃO</b>	59
6.1 A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E O PROJETO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL	60
6.2 ESPAÇOS COLETIVOS E TOMADA DE DECISÃO	60
6.3 GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E A CLÍNICA	61
6.4 O CENTRO DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS	61
<b>7 RECOMENDAÇÕES</b>	62
<b>REFERENCIAS</b>	63
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL – PRIMEIRA ETAPA</b>	68
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA INDIVIDUAL</b>	69
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL – SEGUNDA ETAPA</b>	70
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL – TERCEIRA ETAPA</b>	71
<b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL – QUARTA ETAPA</b>	72
<b>APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL – QUINTA ETAPA</b>	73
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	74

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A CRISE NA SAÚDE

Os atuais modelos de gestão e atenção à saúde pública estão em grave crise. O SUS vive um momento de instabilidade, com evidentes sinais de crescimento e de degradação (CAMPOS, 2007).

A crise da saúde reflete-se nas suas organizações e estas não alcançam o efetivo cumprimento de sua missão. Insuficiência de recursos financeiros, uso clientelista das políticas de saúde, pouca eficácia e efetividade, desumanização dos serviços com frágil vínculo e acolhimento dos usuários, baixo impacto das ações de saúde sobre os problemas da população e campanha incisiva da mídia para desmoralizar as ações do setor público, constituem-se em falhas evidentes deste modelo de atenção e gestão da saúde (JORGE, 2002).

Apesar de ter afirmado há mais de 15 anos, Campos (1994) ainda é atual quando se refere que temos nos empenhado mais na mudança do aparato legal e da estrutura político-administrativa do que na mudança das pessoas que operam e usufruem dessas máquinas que criamos. Isso tem resultado em muitas mudanças e poucos resultados concretos.

Além do mais, a cronicidade da crise vem provocando, ao contrário do que se poderia esperar, uma monumental indiferença da sociedade. Hospitais públicos, programas sanitários respeitabilíssimos, se derretem frente aos olhos de um país adormecido em berço verde-amarelo. O próprio movimento sanitário se esgota, vendo seus quadros serem arrastados ou para um ceticismo abestalhante ou para uma adesão acrítica às selvagerias do neoliberalismo (CAMPOS, 1994, p.33).

A crise na saúde transcende às questões relativas ao financiamento, às fragilidades gerenciais e ao exercício da clínica. A falência do modelo tecno-assistencial em vigor é também importante determinante.

Alguns autores (CAMPOS, 1994; JORGE, 2002; MERHY, 2001) entendem que o modelo de atenção predominante é médico-hegemônico, dominado pela produção de procedimentos em detrimento à produção de saúde, e para enfrentamento da crise é necessário uma mudança no modelo e paradigmas que lhe sustentam.

Dentro disso, torna-se um desafio a possibilidade de se pensar modelos organizacionais que permitam operar sobre a privatização dos processos decisórios em saúde, no sentido de publicizá-los, sem necessariamente trocar uma privatização por outra, mas também sem aprisioná-lo exclusivamente sob o comando de ações coletivas sobre as individuais, e sem perder o sentido final do trabalho em saúde que é o de defender a vida dos usuários, individuais e/ou coletivos, através da produção do cuidado (MERHY, 2002, p. 17).

No campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira que avançou bastante na última década, tem encontrado atualmente algumas barreiras para seu efetivo cumprimento e desinstitucionalização dos pacientes com longo período de internamento. Tais questões tensionaram as discussões nas Conferências municipais e estaduais de Saúde Mental no início deste ano, eventos preparatórios da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu no final do primeiro semestre. Dentre estas barreiras, podemos destacar o baixo número de pessoas devidamente capacitadas e supervisionadas para prestar atenção à saúde mental, as frequentes deficiências dos dirigentes na gestão da saúde pública, e o sectarismo de alguns movimentos de combate aos manicômios que perderam o radicalismo e paradoxalmente fragilizam a defesa da reforma psiquiátrica. Corroboramos com Freire (2006) na seguinte afirmação:

A radicalização, que implica no enraizamento que o homem faz na opção que fez, é positiva, porque preponderantemente crítica. Porque crítica e amorosa, humilde e comunicativa. O homem radical na sua opção, não nega o direito ao outro de optar. Não pretende impor a sua opção. Dialoga sobre ela. Está convencido de seu acerto, mas respeita no outro o direito de também julgar-se certo (FREIRE, 2006, p. 58).

No entanto, a sectarização é preponderantemente acrítica, arrogante e anticomunicativa. Torna-se reacionária. Nada cria e morre nas meias verdades. Daí a inclinação do sectário ao ativismo e sloganização (FREIRE, 2006).

Atualmente, o hospital psiquiátrico não é mais o centro da assistência em saúde mental. A reforma psiquiátrica teve avanços significativos na última década, a oferta de cuidados extra-hospitalares é predominante e 63,35% dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) em saúde mental estão sendo destinados às ações extra-hospitalares no território (BRASIL, 2010).

No entanto, temos alguns desafios a enfrentar no processo da reforma psiquiátrica brasileira: o próprio modelo de financiamento do SUS em vigor; dificuldade de abertura de CAPS III; pequena proporção de leitos em Hospital Geral; poucos serviços de suporte à crise; a reintegração dos pacientes de longa permanência; uma rede com serviços pouco diversificados; pouca articulação entre os CAPS e a atenção básica e; falência das políticas públicas de bem-estar social (LIBERATO, 2009).

A atual situação dos CAPS é também preocupante. A sustentabilidade financeira dos mesmos é dificultada pela forma de financiamento em vigor, onde o investimento federal é tímido e o estadual ausente, gerando sobrecarga para os municípios.

Também há fragilidade na clínica desenvolvida nesses serviços, principalmente no que diz respeito ao acolhimento incondicional, à atenção à crise e ao trabalho territorial (QUINTAS; AMARANTE, 2008).

## 1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Segundo Amarante (1999), a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo permanente de construções, de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual.

A loucura tornou-se reclusa ao Hospital a partir do século XVIII como um mecanismo de exclusão social e não com o intuito terapêutico. Segundo Foucault (1978), este é um momento em que o louco, por diferenciar-se da síntese da burguesia autoritária, é tido como incapaz para o trabalho e convívio social.

No século XIX, inicia-se uma maior preocupação científica com o fenômeno da loucura que é transformada em doença mental pela medicina. A crença na periculosidade social do doente mental é agora respaldada pela ciência e justiça, mantendo os loucos reclusos ao hospital. Este modelo da psiquiatria clássica influencia até hoje as práticas terapêuticas (NOBRE, 1998).



Em 1852, foi criado no Rio de Janeiro o Hospício D. Pedro II, primeira instituição de assistência psiquiátrica no Brasil, inicialmente com 350 leitos, que logo foram ocupados, e assim se deu por todo o país, havendo sempre um clamor por mais verbas e mais hospitais (AMARANTE, 1999).

Na década de 20, surgem os hospitais colônias que buscavam reintegrar o doente à vida social, a partir do trabalho agrícola. Tinham como objetivo dar conta dos pacientes crônicos internados em centros urbanos, recuperá-los pelo trabalho e devolvê-los à comunidade (NOBRE, 1998).

Este modelo não prosperou. Segundo Nobre (1998), a moderna lavoura não absorvia a mão de obra advinda dos hospitais psiquiátricos e o crescimento acelerado da industrialização se distanciava cada vez mais do ambiente rural desenvolvido nos asilos.

Nos anos 30, a Organização Mundial de Saúde passa a recomendar aos países em vias de desenvolvimento que invistam em ações de saúde mental, argumentando o alto custo da doença para o processo produtivo e os transtornos que podem ser gerados num processo de industrialização (NOBRE, 1998).

Nesta mesma década, surgem as lobotomias, o choque insulínico e a eletroconvulsoterapia, tentativas de encontrar a cura para a doença mental. O internamento passou a ser mais frequente e atingiu seu auge na década de 40 (NOBRE, 1998).

A década seguinte é a dos psicotrópicos, mas a descoberta de novas substâncias não reduziu o número de internamentos em hospitais psiquiátricos, ao contrário, este continuou a crescer aceleradamente, principalmente após a criação do INPS, quando o Estado passa a comprar serviços do setor privado. Nos anos 60, a Previdência Social chegou a destinar 97% dos recursos da saúde mental com internações psiquiátricas na rede privada (NOBRE, 1998).

A partir da década de 60, diversos trabalhadores da saúde, antropólogos, sociólogos e outros de áreas afins, preocupados com a instituição psiquiátrica, local de exclusão social e violência, passam a refletir sobre o significado da loucura, buscando formas humanizadas para tratar o doente mental (NOBRE, 1998).

Na Itália, também nessa mesma década, Franco Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e, indignado com a situação de privação dos internos, passou a denunciar a ideologia psiquiátrica enquanto instrumento de segregação e controle de homens, empenhando-se na luta pela abolição do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1999).

O movimento da psiquiatria italiana influenciou fortemente a reforma psiquiátrica brasileira. No final da década de 70, médicos psiquiatras do Rio de Janeiro denunciam os maus tratos aos doentes mentais e constituem o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, introduzindo o tema da desinstitucionalização no âmbito da saúde pública (YASUI, 2006).

Segundo Yasui (2006), a Reforma Sanitária, entendida como processo político, colocava em cena e em pauta a relação entre Estado e sociedade civil e se constituía tensionando criticamente os termos desta relação. Processo que implicava em produção intelectual crítica, práticas e ações alternativas ao modelo hegemônico, possibilidade emancipatória na construção da polis, da esfera pública, dos bens comuns.

Teixeira e Mendonça (1995, apud YASUI, 2006) destacam três direcionamentos básicos da luta pela Reforma Sanitária: a politização da questão da saúde, a alteração da norma legal necessária à criação do sistema único universal de saúde e as mudanças das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos.

A saúde mental trilhou o mesmo caminho, definindo princípios democráticos do direito à saúde como referenciais de sua mobilização. Segundo Yasui (2006), a

Reforma Psiquiátrica no Brasil nasceu da mobilização dos trabalhadores de saúde, buscando politizar a saúde mental, especialmente na luta contra as instituições psiquiátricas. Produziu reflexões críticas que provocam uma ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônico; conquistou mudanças na legislação e buscou produzir efeitos no campo sócio-cultural.

Nesse processo, teve como eventos decisivos: a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco histórico para implantação do Sistema Único de Saúde; a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1987, que propuseram mudanças éticas e teóricas na assistência dos portadores de transtornos mentais e, em 1990, a Declaração de Caracas que propõe o fim do modelo hospitalocêntrico da psiquiatria e garantia dos direitos dos usuários (NOBRE, 1998).

A Portaria Ministerial nº. 106 de 11 de fevereiro de 2000 cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos dando um passo importante no processo de superação do hospital psiquiátrico, garantindo acolhimento e cuidado ao paciente egresso de longos anos de internamento (BRASIL, 2004).

A Lei nº. 10.216 de 6 abril de 2001, propõe um novo modelo de assistência psiquiátrica, a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por formas mais eficazes de assistência à saúde mental. Regulamenta cuidados com a clientela internada por longos anos e prevê punições para internações arbitrárias e desnecessárias (BRASIL, 2004).

Segundo Liberato (2009), a desmontagem do manicômio como organização e, principalmente como instituição efetiva-se, pois, através de uma luta política, teórica e prática que objetiva articular uma rede comunitária de equipamentos diversos e não apenas sanitários. Tal rede torna possível não só uma modificação nas formas de cuidado e acolhimento, a partir das mudanças administrativas e da criação de novos equipamentos, mas principalmente possibilita a intervenção de novas relações e sociabilidades dentro da comunidade e do espaço urbano.

O processo de desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência deve ser cauteloso, embasados nas diretrizes políticas que norteiam a Reforma Psiquiátrica, e também nos pressupostos da clínica, com especial atenção para tentativas de ressocialização que possam levar a controles sociais ao arrepio das liberdades humanas (CERQUEIRA, 1989).

Ainda não temos uma rede de fato substitutiva e diversificada para atender às complexas necessidades de um paciente egresso de longo internamento, e muitos dos serviços substitutivos, CAPS e Residências Terapêuticas, ainda não conseguiram superar a lógica manicomial.

Outro fato também exige maior cuidado com essa clientela. Por mais que possa parecer absurdo para nós que um paciente que está internado há dez, vinte anos ou mais em um hospital psiquiátrico não queira sair de lá, alguns realmente não querem, pois se reconfortam com a ilusão de proteção que este lhes dá.

Durante muito tempo, o hospital foi para os internos a ilusão de abrigo, o lugar que lhes deram comida, remédio e onde encontram algum vínculo afetivo, quando dos seus familiares, não sabem mais de nenhuma notícia.

É claro que esse fato não deve ser um elemento paralisante, mas de atenção para encontrarmos um equilíbrio entre os tempos institucionais pactuados entre os gestores para o fechamento dos hospitais psiquiátricos, e o tempo interno dos pacientes desconstruírem tais ilusões e poderem olhar o hospital de fora dele.

Com tais considerações, não estamos fazendo apologia ao hospital, devemos continuar nossa luta pela superação deste e de todas as instituições sociais caracterizadas como instituição total, pois como afirma Goffman (2001), tais instituições estão incapacitadas para o humanismo. No entanto, enquanto existirem pacientes internados, há que se cuidar para que os mesmos tenham assistência adequada, uma assistência que favoreça o desenvolvimento de suas potencialidades e ampliação dos espaços de trocas.

Nos últimos oito anos, houve no Brasil uma redução significativa do número de leitos psiquiátricos e avanço da rede substitutiva. No entanto, apesar de todo o esforço

empreendido, o número de leitos ainda é preocupante. Atualmente, existem 35.426 leitos SUS de psiquiatria no país (BRASIL, 2010).

Pernambuco é na história da saúde mental palco de algumas contradições. Abrigou pensadores inovadores como Ulysses Pernambucano e Luiz Cerqueira, mas também uma imensa rede de empresários da loucura.

No Estado de Pernambuco, situa-se o segundo maior número de leitos psiquiátricos por 1000 habitantes do país, 2.727 leitos SUS, 14 hospitais psiquiátricos, e apenas 2 CAPS III. Quanto aos serviços da rede substitutiva existem atualmente: 54 CAPS, 14 Residências Terapêuticas com 89 moradores no total e 115 beneficiários do Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2010).

Quanto aos hospitais de longa permanência, existem 4 no Estado: o Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, em Barreiros, com 120 leitos; o Hospital Colônia Professor Alcides Codeceira, em Igarassu, com 120 leitos; o Hospital José Alberto Maia, em Camaragibe, com 550 leitos atualmente e; a Comunidade Terapêutica Nossa Senhora das Graças, também em Camaragibe com 160 leitos. As duas primeiras instituições são da Secretaria Estadual de Saúde e as demais são privadas e conveniadas ao SUS.

O Hospital Alberto Maia, por suas precárias condições, pela assistência desumana e maus tratos aos pacientes, está sob intervenção do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e da Secretaria Municipal de Camaragibe, e encontra-se em processo de desinstitucionalização dos internos e fechamento do Hospital.

A Comunidade Terapêutica Nossa Senhora das Graças sinalizou também seu processo de fechamento, alegando não conseguir manter o hospital em adequadas condições para uma boa assistência, devido o baixo valor das diárias hospitalares.

### 1.3 O HOSPITAL COLÔNIA DE BARREIROS

O Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos (HCVGM), popularmente conhecido como Hospital Colônia de Barreiros, fundado em 1931, é uma instituição pública sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, situado na Região da Mata Sul do Estado, em Barreiros, município da III Regional de Saúde. É destinado ao tratamento de pacientes psiquiátricos crônicos do sexo masculino e tem capacidade instalada para 120 internos.

Originalmente, o HCVGM era uma instituição fechada ocupando uma área de 425 hectares, local de antigo aldeamento índio e onde teve origem a cidade de Barreiros. A Colônia de Barreiros foi criada para descongestionar o hospital da Tamarineira, como era chamado o atual Hospital Ulysses Pernambucano, acolhendo doentes mentais crônicos (CODECEIRA, 1999).

O discurso inaugural do hospital foi proferido por Ulysses Pernambucano, que ocupava o cargo de Diretor Geral de Assistência a Psicopatas naquela época:

A efetivação em nosso meio da terapêutica pelo trabalho representa na assistência aos alienados em Pernambuco um passo tão relevante e tão humanístico quanto a abolição dos meios coercitivos. Daqui se irradiará também a assistência hetero-familiar, último passo na elevação do alienado à categoria de doente que não perdeu mesmo a mais delicada das qualidades sociais, a possibilidade de viver em família (PERNAMBUCANO, 1931 apud CODECEIRA, 1999, p. 26).

Em seu início, o hospital tinha 70 pacientes e recebia também mulheres. Oferecia uma grande diversidade de oficinas terapêuticas, além das atividades agrícolas: padaria, fábrica de farinha, fábrica de colchões, setor de costura, setor de carpintaria, dentre outros. Muitos desses pacientes frequentavam os espaços de lazer da cidade, como os clubes.

Os pacientes que eram avaliados sem condição de participar das atividades ou frequentar a cidade, ficavam presos em uma área de 1614 metros quadrados, denominada de pavilhão central.

No início da década de 90, as grades do Colônia foram abertas por sua equipe técnica, não havendo mais nenhuma área fechada. Hoje, o hospital se mantém aberto, sem muros, grades ou cercas, os internos têm livre acesso à cidade e a população do município também transita pela área do hospital.

Os espaços terapêuticos idealizados por Ulysses Pernambucano foram paulatinamente sendo subutilizados. Devido à grande extensão de terra, muitos desses espaços foram invadidos e hoje habitam e dividem a mesma área, doentes e comunitários que residem em casas construídas nos arredores do Pavilhão central.

Atualmente, o hospital é composto por dois pavilhões (C e D), localizados na área mais central e mais próximos da administração e do alojamento do corpo técnico; um pavilhão um pouco afastado (B), próximo às residências das pessoas que invadiram as casas que antes eram destinadas a antigos funcionários; e um Espaço de Convivência, antigo pavilhão que foi transformado em casa, onde moram 12 usuários, com cozinha independente do hospital, sala de televisão, sem posto de enfermagem e com uma Cuidadora. Há também um Centro de Atividades Terapêuticas, onde são realizados Oficinas e Grupos Terapêuticos.

Em 1998, a situação do Hospital Colônia era crítica, sendo alvo de denúncia do Ministério Público. No ano seguinte, a equipe técnica se une na construção do Projeto Terapêutico do Hospital e, em 2003, o Hospital de Barreiros tem a segunda melhor classificação do PNASH em Pernambuco.

O projeto terapêutico do Hospital Colônia de Barreiros foi elaborado coletivamente pela equipe técnica em 1999, redimensionado em 2002 e em 2009. Contempla os ideais da Reforma Psiquiátrica e possui como eixo norteador a Clínica da Reabilitação Psicossocial, buscando desenvolver a autonomia possível em todos os pacientes internados, a partir de um trabalho interdisciplinar e intervenções culturais com a participação da comunidade.

O trabalho da equipe interdisciplinar sistematizado a partir da construção do Projeto Terapêutico Institucional (PTI) objetivou não só a mudança das práticas terapêuticas, mas também a mudança do lugar ocupado pelos pacientes do Hospital Colônia, e pela loucura, no imaginário da comunidade de Barreiros.

Através do trabalho terapêutico de ressocialização dos internos, alguns passam a significar suas presenças em espaços comunitários e outros começam a frequentar a igreja e os espaços de lazer e, com a possibilidade do Benefício de Prestação Continuada do LOAS, passam também a serem consumidores no comércio local.

Frequentando suas cidades de origem e visitando seus familiares, é possível nova elaboração do passado, reconstrução dos laços afetivos perdidos ou construção de novos, sendo possível planejarem um futuro e descobrirem outras possibilidades, além do hospital.

Trabalho como terapeuta ocupacional no Hospital Colônia de Barreiros desde 1996. Também fazendo um percurso profissional por vários serviços substitutivos como Centro de Convivência, CAPS, Residência Terapêutica, além de funções de gestão.

Mesmo transitando em vários serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, o trabalho desenvolvido pela equipe do Hospital Colônia de Barreiros sempre me chamou atenção.

Apesar do Hospital Colônia ser destinado a pacientes “crônicos” ou de “longa permanência”, por vezes entendido como “sem possibilidade de melhora”, a equipe sem preocupar-se com tais nomenclaturas, sempre trabalhou com forte interlocução com os espaços extra-hospitalares, institucionais ou não, buscando a autonomia possível de cada paciente, trabalhando com atividades terapêuticas diversas (auto-expressivas e sócio-culturais), reduzindo medicação psicotrópica e dando alta com responsabilidade. Um trabalho de fato antimanicomial, que nem sempre é desenvolvido nos serviços substitutivos ao hospital.

No entanto, observa-se no Hospital Colônia de Barreiros constantes mudanças no processo de trabalho e exercício da clínica, a partir das trocas de gestores.

A referida instituição tem um importante papel político e econômico para o município que carece de vagas e locais de emprego, fato agravado com o fechamento da Usina Barreiros. As funções terceirizadas, como vigilantes, cozinheiros, copeiros e serviços gerais são preenchidas por indicações político-partidárias.



A escolha da direção do Colônia sempre ocorreu de forma verticalizada e também por indicação político-partidária. No entanto, nos últimos três anos, os gestores da unidade não têm mostrado sintonia com a clínica exercida no hospital, e o trabalho vem perdendo sua potência.

Consumidos em processos de trabalho alienantes, os trabalhadores não questionam o objetivo das instituições públicas e nem o tipo de clínica que exercitam, assim terminam presos à lógica clientelista e burocratizada do trabalho em saúde.

Segundo Passos e Barros (2004), ao desestabilizarmos uma realidade que se apresenta como um campo de forças em aparente estabilidade, como o próprio campo da clínica, por exemplo, vemos surgir processos de produção, sendo possível desnaturalizarmos sua realidade e suas dicotomias constitutivas.

Nas atuais organizações de saúde, ainda é preponderante a prática de uma clínica degradada. Segundo Cunha (2004), tal clínica exige baixo gasto de energia pessoal e pouco vínculo, com uma inserção vertical, compatível com outros vínculos empregatícios, o que possibilita senão melhor remuneração, ao menos maior independência e conseqüente maior poder de negociação.

Para transformar a realidade atual e por em prática uma clínica ampliada, comprometida com a singularidade de cada sujeito, é preciso desenvolver outras formas de gestão e conseqüentemente de organização do processo de trabalho.

Diante do cenário atual de crise e inadequação do modelo vigente na saúde pública, faz-se necessária maior compreensão da realidade e novas possibilidades de intervenção sobre a mesma.

As pesquisas e publicações sobre o tema da gestão hospitalar são em sua maioria voltadas para a implementação de reformas no âmbito macroestrutural baseadas em experiências advindas de outros setores da administração, sem considerar as especificidades do campo da saúde e as complexidades das relações e questões envolvidas.

Segundo Minayo (1992), o campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção, sendo essencial compreender para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente.

A partir de tais pressupostos, trabalhamos inicialmente com a seguinte questão: a gestão do processo de trabalho no Hospital Colônia de Barreiros tem favorecido a execução do seu Projeto Terapêutico Institucional?

Durante o desenvolvimento da pesquisa, algumas perguntas foram norteadoras na investigação da gestão do processo de trabalho e da execução do Projeto Terapêutico Institucional do Hospital Colônia de Barreiros:

- 1- As intervenções terapêuticas no Hospital Colônia de Barreiros são discutidas com a equipe de referência e técnico de referência, de acordo com o Projeto Terapêutico Institucional?
- 2- As tomadas de decisão contemplam os princípios do Projeto Terapêutico Institucional e influenciam na condução da clínica?
- 3- Como se dá a articulação dos diversos profissionais dentro das equipes de trabalho para a construção e atualização dos Projetos Terapêuticos Singulares?
- 4- As atividades contidas no cronograma terapêutico são realizadas de forma sistemática e com participação da equipe interdisciplinar?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Analisar a gestão do processo de trabalho na execução do Projeto Terapêutico Institucional e operacionalização da clínica no Hospital Colônia de Barreiros.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

a) Reconstituir os mecanismos de construção do processo de trabalho no Hospital Colônia de Barreiros e os referenciais contidos no Projeto Terapêutico Institucional.

b) Identificar e analisar os espaços de tomada de decisão no Hospital Colônia de Barreiros.

c) Compreender e analisar os desdobramentos da gestão do processo de trabalho sobre as intervenções clínicas.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 ATENÇÃO À SAÚDE

Para Merhy (2001), um modelo de atenção à saúde faz referência ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir a saúde.

Parto, hoje da constatação de que as tecnologias de saúde que produzem o cuidado são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde (MERHY, 2001, p.10).

Para Campos (1992), o modelo de atenção à saúde é entendido como um conceito que estabelece permanentes intermediações entre o técnico e o político.

O cotidiano dos serviços de saúde é diretamente influenciado pelo modelo de atenção à saúde, se este valoriza a lógica do mercado e a produção de procedimentos, ou a lógica do cuidado e da produção de autonomia dos sujeitos.

O campo da saúde será sempre um campo tenso se entendermos que há uma permanente disputa entre os três tipos de atores sociais que configuram o modelo de atenção à saúde: gestores, trabalhadores e usuários, além de que, os modelos de atenção serão sempre inconclusos, em permanente estruturação, assim como o homem e suas necessidades.

Conforme afirma Campos (1992), um modelo de atenção à saúde precisa ter um movimento capaz de desmentir a pretensa neutralidade do discurso técnico que se imagina capaz de instituir automaticamente a conformação das práticas em saúde pública, e também superar a negatividade presente nos discursos reformistas.

Tais discursos apresentam lacunas em seus projetos, principalmente no que diz respeito à forma de operar as mudanças. A negação das práticas autoritárias nas organizações, da clínica degradada, do manicômio e da psiquiatria tradicional, não pode negar a existência das patologias e nem a necessidade de distintos saberes técnicos e profissionais.

Penso que o emprego da noção de modelo pode contribuir para facilitar a passagem por estes vazios de projeto. Neste sentido, modelo deveria ser sempre uma negação que afirma, ainda que provisoriamente, já que nunca deveríamos desligar os dispositivos críticos – produtores de negatividade – e nem os de compromisso com as necessidades do cotidiano – produtores de ações de afirmação, de ações deliberadas dadas determinadas condições (CAMPOS, 1992, p.17).

Devemos promover e reforçar movimentos que colocam em análise o papel dos serviços de saúde, de seus gestores e profissionais.

Ainda segundo Campos (1992), todo processo terapêutico deve objetivar a ampliação da capacidade de autonomia dos indivíduos.

No caso da saúde mental, a perseguição de tal objetivo exige em muitos casos um apoio de longo curso das instituições, sem que os profissionais destas descuidem dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de cada um dos usuários. Entendendo também que a alta de uma equipe terapêutica só é possível quando da existência de outra.

Um sistema público organizado, tendo em conta as diretrizes do vínculo e de uma acolhida integral aos problemas de saúde, será sempre um modelo tendente à instituição de um processo radical de descentralização, de produção de modos heterogêneos de cuidado que exigiria a presença de serviços e de equipe de trabalhadores com um razoável grau de autonomia e de responsabilidade técnico-profissional-gerencial. Ou seja, o sucesso deste modelo depende de um razoável equilíbrio dialético entre autonomia e responsabilidade dos trabalhadores de saúde. Conflitos e tensão permanentes, canalizados para soluções criativas, para a superação dos velhos e resistentes impasses dos serviços públicos: ineficácia, burocratização, apropriação privada do espaço público, entre outros (CAMPOS, 1992, p.19).

Segundo Amarante (1996), o processo de Reforma Psiquiátrica pode ser entendido como delimitação mais clara dos projetos das transformações em psiquiatria, que transcendem mudanças exclusivamente técnicas ou administrativas, para remontarem a questões a um só tempo teóricas, políticas, culturais e sociais.

Para Basaglia (1991), as diversas modalidades terapêuticas adotadas na doença mental não são induzidas pela ideologia médica, mas antes determinada pelo sistema sócio-econômico.

Para Nobre (1998), a doença mental só tem sentido e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal e, nessa mesma cultura, de acordo com seus diferentes momentos históricos. Basaglia afirma (1991) que a doença assume significados distintos segundo o nível social do doente:

Isto não quer dizer que a doença não exista, mas sublinha um fato real que deve ser levado em consideração quando se entra em contato com o doente mental dos hospitais psiquiátricos: as conseqüências da doença variam segundo o tipo de abordagem adotado em relação a ela. Tais “conseqüências” (refiro-me aqui ao nível de destruição e de institucionalização de pacientes internados nos manicômios provinciais) não podem ser consideradas como a evolução direta da doença, mas sim do tipo de relação que o psiquiatra, e através dele a sociedade, estabelece com o doente (BASAGLIA, 1991, p. 105).

Dentro do processo de Reforma Psiquiátrica, é importante destacarmos o conceito de desinstitucionalização. A noção de desinstitucionalização surge nos EUA como um conjunto de medidas de desospitalização, operando uma crítica ao sistema psiquiátrico, por ser centrado no hospital, mas sem questionar o saber que o autoriza, o paradigma psiquiátrico tradicional.

Franco Basaglia, na Itália, critica o conceito americano, redimensionando-o. Na tradição basagliana, desinstitucionalização diz respeito às múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida (AMARANTE, 1999).

No final da década de 70, as reflexões de Basaglia são sintônicas ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, por seu caráter fortemente político, por sua crítica vigorosa ao saber psiquiátrico, pelo questionamento da função social cumprida pelos técnicos e pela tecnociência, extremamente adequados ao momento de redemocratização no Brasil (AMARANTE, 1996).

Segundo Basaglia (1991), reformar a atual “lei” da psiquiatria significa encontrar novos sistemas e regras de apoio às novas organizações, mas, principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos.

Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos

sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2009).

Considerando as dimensões jurídico-política e cultural do processo de Reforma Psiquiátrica, o objetivo maior desse processo é rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais, bem como a transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência (AMARANTE, 2009).

Nessa perspectiva, a clínica deixaria de ser o isolamento para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades (AMARANTE, 2009). Possibilidade de ampliação da capacidade contratual e dos campos de trocas. Oferta de alternativas e de contato com a dialética da realidade.

Segundo Saraceno (1999), a ruptura com o paradigma tradicional da psiquiatria traz o questionamento do conceito de reabilitação, que entendido antes como entretenimento, mantinha o doente dentro do hospital esperando a doença passar ou a morte chegar. Com a Reforma Psiquiátrica, a reabilitação e cidadania do paciente passa a ter novo significado.

A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível (SARACENO, 1999, p.19).

Para superarmos o tradicional modelo de atenção à saúde centrado no hospital e cuidarmos do transtorno mental em toda sua complexidade, faz-se necessário a produção de redes de cuidado.

As redes de atenção à saúde objetivam a superação do modelo fragmentado, piramidal e hierarquizado de atenção, ainda hegemônico no SUS, pautado pela lógica da atenção às condições agudas, para um modelo de atenção contínua e integral.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população (MENDES, 2007).

Para Kastrup (2000 apud VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009) rede se define como uma organização que é complexa, aberta e inconclusa, dispersa, sem centro unificador.

As redes de atenção à saúde têm como princípio fundamental a conectividade, e na saúde mental, esta deve ocorrer entre equipamentos diversificados e não apenas sanitários. A rede deve ter a atenção primária como elemento organizador, e ser composta por CAPS, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, entre outros da saúde; mas também dos pontos de cultura, escolas, Ministério Público, dentre outros equipamentos de setores diversos.

Esta rede é um modo de operar a intersectorialidade na saúde mental. Permite um exercício de deslocamento que provoca desestabilização de modos e formas habituais, produzindo novos saberes, novos sujeitos e novos mundos.

Em suma, ao invés de seguirmos obstinados a demonstrar um mundo dado ou um dado mundo, uma rede dada ou uma dada rede, os esforços devem objetivar a produção de mundos, de redes, de sentidos que nunca são antevistos nem muito menos previstos. Construção a posteriori por meio da qual se produzem narrativas cotidianas sobre as práticas cotidianas pelas quais a própria rede de saúde se constitui (VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009, p.735).

Atualmente, temos no Estado de Pernambuco, o fechamento de dois hospitais psiquiátricos de longa permanência em Camaragibe, e dois no município de Recife, sendo estes de atendimento à pacientes em crise, mas com um grande número de internos que já são de longa permanência e que perderam seus vínculos familiares.

Dessa forma, o fechamento de quatro hospitais psiquiátricos exige a construção concomitante de uma rede de saúde mental territorial, intersectorial e qualificada, dividindo responsabilidades e competências, para realmente dar sustentabilidade ao novo modelo de atenção à saúde.



## 3.2 A GESTÃO EM SAÚDE

Discutir a gestão em saúde implica em discutir questões como poder, organização do processo de trabalho e exercício da clínica. Passos e Barros (2004) apontam uma indissociabilidade entre clínica e política, sendo fundamental uma investigação dos modos de exercício do poder. Dessa forma, acreditando também na inseparabilidade da atenção e gestão, torna-se importante criar e desenvolver modelos de gestão que possam inverter a lógica dominante da degradação da clínica, da exploração do trabalho e da vida.

As organizações modernas ainda possuem como marca central o autoritarismo. Tal modelo tem como eixo conformador os princípios do taylorismo, denominado Racionalidade Gerencial Hegemônica:

A centralização do poder em núcleos de gerência ainda é a pedra de toque das múltiplas variedades de métodos de gestão hoje existentes. Desde Frederik W. Taylor, o manejo dos processos de trabalho somente é imaginado se, antes, se houver constituído um centro duro de poder concentrado (CAMPOS, 2005, p.23).

Os princípios da teoria taylorista separam os que pensam dos que executam, limitam a autonomia e potencialidade dos trabalhadores e mantém alienada a maioria destes (CAMPOS, 2005).

Segundo Campos (2005), Taylor foi superado na mudança radical de organização do processo de trabalho, havendo maior flexibilidade, interdisciplinaridade, parceria, gestão do conhecimento, e outras diretrizes da moda, no entanto a lógica concentrada de poder e tomada de decisões não foi alterada, e a maioria destas diretrizes continua presa a tarefas repetitivas e desconectadas do sentido geral do trabalho.

Para a superação da Racionalidade Gerencial Hegemônica, Campos (2005) propõe um método de co-gestão baseado no fortalecimento dos sujeitos e democratização das instituições, o método Paidéia ou da Roda.

O método Paidéia objetiva a constituição de coletivos organizados, o que implica construir capacidade de análise e de co-gestão para que os agrupamentos lidem

tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição, reconstruindo assim, os arranjos estruturais, as linhas de produção de subjetividade e os métodos de gestão (CAMPOS, 2005).

Corroborando com Campos (2003), este trabalho parte do conceito que a gestão produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e usuários das organizações.

Segundo Cecílio (2009), a gestão do cuidado comporta múltiplas dimensões, sendo possível destacarmos três, consideradas círculos concêntricos, para expressar a idéia de imanência entre elas.

A primeira dimensão situa-se na esfera de responsabilidade profissional, no encontro muito particular entre trabalhador e usuário. Para Cecílio (2009), este encontro ocorre em um espaço de irredutível responsabilidade e liberdade de ação do trabalhador. É papel gerencial facilitar que tais encontros sejam de fato potentes e possam produzir saúde.

A segunda dimensão da gestão do cuidado é a organizacional. Na atualidade, as práticas de saúde ocorrem mais frequentemente no interior de uma organização trazendo novas questões, novos sujeitos e tensionamentos (CECÍLIO, 2009):

A divisão técnica do trabalho resulta na fragmentação de práticas e exige um custoso esforço gerencial de coordenação dos trabalhos e da comunicação entre os vários profissionais. A divisão social do trabalho resultando em tensões decorrentes das diferentes valorizações – incluindo as remunerações e os status de poder e autonomia – dos diferentes trabalhadores, embora o trabalho de todos seja anunciado como igualmente imprescindível para a ‘finalização’ do cuidado (CECILIO, 2009, p.549).

A terceira dimensão da gestão do cuidado, conforme expõe Cecílio (2009) é a sistêmica. Refere-se a redes de cuidado, ao conjunto de serviços de saúde com diferentes funções e grau de complexidade, ofertado a uma determinada população, que pode ser objeto de gestão, a partir da coordenação, controle e avaliação.

Atualmente, fica evidente a inadequação dos modos de gestão e de organização do processo de trabalho nos hospitais públicos e serviços especializados, conforme afirma Campos (2007):

A rigidez exigida na execução orçamentária, o emperramento na administração de pessoal, a excessiva interferência político-partidária, tudo isto tem levado grande número de serviços públicos à burocratização e mesmo à degradação organizacional (CAMPOS, 2007, p.305).

Para Gonçalves (1994, apud JORGE, 2002), o processo de trabalho é entendido como tecnologia que contempla o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não-materiais que ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe um sentido social articulado. É fundamental que os trabalhadores possam refletir sobre os processos de trabalho que estão inseridos, se estes atendem às suas possibilidades de realização profissional e pessoal e se atendem às necessidades de saúde da população. Esse conceito é reforçado por Merhy (2009) quando afirma que:

Nesse caminho temos proposto a criação de mecanismos, no interior dos serviços de saúde, que procuram tanto impactar o modo cotidiano de se acolher os usuários, quanto o de se produzir responsabilizações entre as equipes e os profissionais, e destes com os usuários, em um movimento combinado de singularização da atenção e publicização da gestão organizacional e do processo de trabalho (MERHY, 2009, p.11).

Para pensar a gestão hospitalar, e tentar operar mudanças no cotidiano do cuidado, é fundamental uma análise micropolítica do trabalho. Segundo Guattari & Rolnik (1999), a questão da análise micropolítica consistiria em analisar o processo de trabalho no próprio nível onde ele emerge, sem necessariamente fazer uma oposição distintiva com o contexto mais amplo.

A democracia talvez se expresse a nível das grandes organizações políticas e sociais; mas ela só se consolida, só ganha consistência, se existir, no nível da subjetividade dos indivíduos e dos grupos, em todos esses níveis moleculares, novas atitudes, novas sensibilidades, novas praxis, que impeçam a volta de velhas estruturas (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p.134).

Segundo Rolnik (2000), uma relação de completa submissão entre os indivíduos gera sentimentos de futilidade e de perda da importância, comprometendo a potência de expansão da vida e seu sentido. Este tipo de relação mobiliza a sensação de ser conduzido por um ser superior e transcendental, que nada tem a ver com nossa subjetividade, nossa criatividade, nosso sonho.

Para Cecílio (2009), a micropolítica nas organizações de saúde pode ser considerada como o conjunto de relações que os vários atores organizacionais estabelecem entre si de forma dinâmica, mas com certa estabilidade para constituir uma realidade organizacional, podendo ser objeto de estudo e intervenção. Ceccim e Merhy (2009) também destacam a potência que há no campo da micropolítica:

A micropolítica opõe-se à política das vigências disciplinares, das racionalidades hegemônicas, é a política do minoritário, das forças minoritárias, resistência aos instituídos, resistência ao saber-poder-desejo hegemônico, disputa por outros modos de ser-existir-agir, inventivos, criativos, em ato (CECCIM; MERHY, 2009, p. 533).

As práticas gerenciais devem estar comprometidas com novas formas de gestar o processo de trabalho nos serviços de saúde que possibilitem encontros mais potentes entre os grupos de atores envolvidos, objetivando a construção de Coletivos Organizados para a Produção de saúde e de novas subjetividades.

Para Campos (2005), organização indica uma instituição que realiza uma atividade produtiva, com objetivo, método de trabalho e de governo bem definidos, e o termo Coletivo Organizado para Produção sugere um agrupamento com limites mais imprecisos e com capacidade para co-gerenciar a própria vida.

A democracia e a construção de espaços democráticos são produzidas por grupos de sujeitos e também produtora de sujeitos. A existência de espaços compartilhados de poder em uma instituição é sinal de democracia (CAMPOS, 2005).

O Método Paidéia ou Método da Roda proposto por Campos (2005) aposta na democracia institucional como um meio para operar mudanças sociais, mas também como um fim em si mesmo e adota como diretriz metodológica processos que viabilizem a construção de espaços coletivos nas instituições de saúde:

O desafio, portanto, aqui assumido, é pensar a Gestão de Coletivos não somente com o objetivo da produção de bens ou serviços, mas também como um espaço com função pedagógica e terapêutica. Um lugar onde se produziria aprendendo e, também, ao mesmo tempo, se reconstruiria a própria subjetividade (CAMPOS, 2005, p. 145).

A gestão do processo de trabalho nos serviços de saúde deve ofertar a possibilidade de arranjos e dispositivos que viabilizem a construção de rodas onde a informação

circule, a palavra circule, assim como os afetos, se exercite a capacidade de escuta e de análise, podendo ser eleito prioridades e projetos, e tomar decisões.

Campos (2005) sugere como modalidades de Espaços Coletivos, os Conselhos de Co-gestão e Colegiados de Gestão, que possuem caráter duradouro, estrutural, de funcionamento regular e fazem parte do organograma do serviço. Também os dispositivos, que têm caráter episódico, e se formam ou se dissolvem de acordo com o momento e necessidade do Coletivo (assembléias, reuniões ocasionais, oficinas de planejamento, sessões de discussão de casos, etc.):

Aos Espaços Coletivos onde ocorra o exercício da Co-gestão, por convenção se sugere nomeá-los de Conselhos. Nestes Conselhos, atores sociais internos e externos aos Coletivos expressam seus Desejos e Interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, para que desse processo de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar a produção de bens ou serviços (CAMPOS, 2005, p.147).

Os Colegiados de Gestão, segundo Campos (2005), são compostos por membros internos do Coletivo (dirigentes, assessores, supervisores e trabalhadores), onde as equipes possam se organizar e elaborar seus projetos.

No entanto, o diálogo e tomada de decisão não devem ocorrer apenas nas reuniões e espaços coletivos, devem ser constantes no cotidiano institucional, implicando todos os seus atores, e responsabilizando-os por suas decisões.

O Projeto Terapêutico Institucional é fundamental para nortear os gestores e profissionais no cumprimento de suas atividades, e na viabilidade dos Espaços Coletivos, servindo como instrumento para o questionamento das ações existentes e propostas de mudanças, sem jamais ser desatrelado do exercício de uma Clínica potente e ampliada.

### 3.3 REDIMENSIONAMENTO DA CLÍNICA

A loucura considerada alienação, doença da razão, como designou a psiquiatria tradicional, deveria ficar reclusa ao hospital fechado para observação e tratamento. As mudanças epistemológicas do conceito de doença mental despertadas no

processo de Reforma Psiquiátrica autorizam uma nova prática clínica. A psiquiatria tradicional colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença, Basaglia (1991) sugere uma inversão, colocar a doença entre parênteses, ocupando-se do sujeito em sua experiência.

Corroborando com Basaglia, Amarante (2009) afirma que a doença entre parênteses não significa negação da sua existência:

Colocar a doença entre parênteses não significa a sua negação; a negação de que exista algo que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa a recusa à explicação psiquiátrica; à capacidade de a psiquiatria dar conta do fenômeno com a simples nomeação abstrata da doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber naturalístico da psiquiatria (AMARANTE, 2009).

A reconstrução do conceito e da prática clínica tem sido uma questão presente nos estudos da Reforma Psiquiátrica e da saúde pública em geral.

Segundo Rolnik (2000), a clínica é indissociável da crítica, agenciadora de processos de subjetivação e de significação, formando totalidades sempre provisórias. Nas suas palavras:

Isto tornaria a clínica indissociável da crítica, enquanto reativação da força que problematiza e transforma a realidade, possibilidade aberta de invenção de devires, contra o poder dos fantasmas que mantém a subjetividade sob a égide exclusiva de um jogo estabelecido qualquer e suas regras correspondentes, regida portanto fundamentalmente por um princípio moral (ROLNIK, 2000, p. 8).

Segundo Canguilhem (2009), os conceitos de normal e patológico não podem ser estáticos e nem baseados apenas na ausência ou presença de sintomas:

Portanto, se o normal não tem a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. No entanto isso não nos leva à continuidade de um normal e de um patológico idênticos em essência – salvo quanto às variações quantitativas -, a uma relatividade da saúde e da doença bastante confusa para que se ignore onde termina a saúde e onde começa a doença. A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio

momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe (CANGUILHEM, 2009, p.135).

Para superação do modelo médico hegemônico nas práticas de saúde, faz-se necessário o exercício de uma clínica ampliada que assume uma responsabilidade maior do que tratar o doente e não a doença, conforme afirma Cunha (2004):

Trata-se de reconhecer um compromisso com o sujeito e a sua capacidade de produção de sua própria vida. Trata-se de uma clínica que se abre para perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento. Para isso, a própria clínica tem que se reconhecer enquanto instrumento de uma instituição muito forte (instituição médica), manipulando saberes e classificações diagnósticas de grande repercussão para os sujeitos que se submetem a ela, e deve desenvolver a competência de utilizar os poderes que possui e desenvolver na relação terapêutica a favor da autonomia dos sujeitos (CUNHA, 2004, p.73).

Para o exercício de uma clínica ampliada e compartilhada, são necessários arranjos e dispositivos de gestão que favoreçam a comunicação transversal na equipe, formas de operar, metodologias, capazes de alcançar uma clínica acolhedora.

Dessa forma, é possível sair do campo conceitual e praticar uma clínica de fato ampliada que não desprioriza os usuários e nem os trabalhadores. Clínica como ato de encontro e ressingularização por alteridade (CECCIM; MERHY, 2009, p. 532).

Considerar o sujeito é considerar também que existem situações de sofrimento e adoecimento que demandam um conhecimento e uma tecnologia que deve ser ofertada pelo terapeuta nesse encontro. Encontro entre sujeitos singulares, com necessidades distintas, exercendo funções distintas. Para tal, o terapeuta deve ter um bom leque de ofertas, precisa resgatar o hábito do estudo, considerando os processos subjetivos e orgânicos que tornam o adoecer tão complexo.

A partir da percepção de cada indivíduo como sujeito singular e da importância da clínica na construção de autonomias possíveis, combatendo a doença com a produção de vida, é necessário que o trabalho seja desenvolvido por uma equipe interdisciplinar que unindo vários saberes possa construir Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) possíveis de atender as complexas necessidades de cada ser. O Ministério da Saúde define:

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de 'caso clínico'. Foi bastante desenvolvida em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASIL, 2007, p.40).

O mesmo órgão também considera importante que no interior de uma equipe interdisciplinar se constitua equipes de referência. O conceito de equipe de referência num serviço hospitalar pode ser entendido como o conjunto de profissionais que mais diretamente se responsabiliza pelos mesmos usuários cotidianamente (BRASIL, 2007). É referência para os encaminhamentos terapêuticos e responsável pela construção e atualização do PTS.

Dentro da equipe de referência, há o técnico de referência de cada paciente, o profissional com o qual este desenvolve o mais forte vínculo e vai funcionar como fio condutor no tecer dos processos terapêuticos.

Segundo Deleuze (2002), a clínica se dá num plano de imanência, não tem uma dimensão suplementar: o processo deve ser captado por si mesmo, mediante aquilo que ele dá, naquilo que ele dá (DELEUZE, 2002, p. 133).

Segundo Hardt (2003), podemos considerar três momentos distintos dos paradigmas econômicos nos países capitalistas: o primeiro, da produção primária (agricultura e mineração); o segundo preponderantemente da indústria, caracterizando o processo de modernização; e o atual, dos serviços e da informação, caracterizando o paradigma da pós-modernização.

No entanto, não há necessariamente uma progressão histórica desses paradigmas econômicos, que frequentemente coexistem dentro do mercado mundial, com uma dominação da produção informacional de serviços (HARDT, 2003).

A maioria dos empregos mostra alta mobilidade e envolvem habilidades flexíveis. Mais importante ainda: tais empregos caracterizam-se, em geral, pelo papel central desempenhado por conhecimento, informação, comunicação e afeto. Nesse sentido, podemos dizer que a economia pós-industrial é uma economia informacional (HARDT, 2003, p. 147).



Podemos ainda, baseados nos conceitos trazidos por Hardt (2003), considerar a clínica como trabalho imaterial: que envolve a produção e manipulação de afetos e requer o contato e a proximidade humana (HARDT, 2003, p.154).

Corroborando com Espinosa (apud DELEUZE, 2002, p.56) quando afirma: por afetos, entendo as afecções do corpo pelas quais a potência de agir desse mesmo corpo é aumentada ou diminuída, favorecida ou impedida.

Em um encontro os corpos são sempre afetados. Podemos considerar um bom encontro quando nossa potência de agir ou força de existir aumenta, do contrário, um mau encontro pode ser considerado aquele que diminui nossa potência de agir (DELEUZE, 2002).

Para Silveira (1998), os afetos são os catalisadores de todo processo terapêutico.

A partir dos conceitos trazidos por Silveira (1998), Deleuze (2002) e Hardt (2003), podemos considerar que o processo de trabalho em saúde tem um caráter fortemente informacional e imaterial, assim sendo, os afetos tornam-se catalisadores não só dos processos terapêuticos, mas também dos processos de trabalho, devendo ser considerados pelos modelos de gestão.

Dessa forma, precisamos valorizar os modelos de gestão que favoreçam os bons encontros, o exercício de uma clínica acolhedora e a defesa incondicional da vida.

## 4 MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Devido à complexidade do objeto em estudo, trabalhamos com a pesquisa qualitativa partindo da realidade presente no campo a ser investigado, o Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos.

Para Minayo (1992), a metodologia da pesquisa qualitativa possibilita incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais. Ao ampliar suas bases conceituais, permite aproximar-se com maior luminosidade do fenômeno em estudo, sem tornar-se menos científica.

A pesquisa qualitativa trabalha com um nível complexo da realidade que não pode ser quantificado, abordando processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, buscando aprofundar-se no mundo dos significados das ações e relações humanas (MINAYO, 1998).

A autora continua afirmando que o conjunto de dados quantitativos e qualitativos mantém uma relação dialética de complementaridade, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 1998).

Por ser a pesquisadora integrante da equipe técnica do hospital, optou-se pelo método da pesquisa-ação que é definido por Thiollent (1998):

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1998, p.14).

Diferente das pesquisas tradicionais de natureza positivista, a pesquisa-ação não pressupõe que haja neutralidade do pesquisador e nem distanciamento do objeto pesquisado, ela é sempre de tipo participativo.

Segundo Le Boterf (1987), a pesquisa-ação realiza a unidade dialética entre a teoria e a prática, intervém em uma situação real, produzindo conhecimento útil e relevante para a prática social e política.

Conforme afirma Thiollent (1998), a pesquisa-ação no interior de uma organização visa frequentemente resolver problemas de natureza aparentemente mais técnica, por exemplo, introduzir uma nova tecnologia ou desbloquear a circulação da informação.

O autor supracitado também coloca a existência de situações em um nível microssocial, nas quais os objetivos são voltados para a tomada de consciência dos agentes implicados, mesmo quando a resolução dos problemas importantes não é vislumbrada em curto prazo.

Consideramos que a pesquisa-ação não é constituída apenas pela ação ou pela participação. Com ela é necessário produzir conhecimento, adquirir experiência, contribuir para a discussão ou fazer avançar o debate acerca das questões abordadas. Parte da informação gerada é divulgada, sob formas e por meios apropriados, no seio da população. Outra parte da informação, cotejada com resultados de pesquisas anteriores, é estruturada em conhecimentos (THIOLLENT, 1998, p.22).

Segundo Freire (2006), a elevação do pensamento das massas começa exatamente pela auto-reflexão que levará ao aprofundamento consequente de sua tomada de consciência resultando na mudança do homem-objeto para o homem-sujeito, ou seja, o homem que deixa de ser meramente espectador para ser autor de sua História.

Para Freire (1982 apud THIOLLENT, 1998) devemos distinguir tomada de consciência e conscientização. A tomada de consciência ocorre frequentemente sem um caráter crítico, já a conscientização possibilita o conhecimento da realidade, a partir de um desenvolvimento crítico da tomada de consciência, permitindo uma postura epistemológica definida.

A presente pesquisa está delineada como estudo de caso. Utilizamos como métodos de geração de dados: entrevistas individuais, em grupos, a coleta de documentos e o diário de campo. Este último buscando consolidar impressões, motivações e dados oriundos do cotidiano da gestão do processo de trabalho, como objeto de estudo, e da observação sistemática deste, enfatizando conflitos, posições e interesses políticos dos atores (ALBUQUERQUE, 2003).

A pesquisa seguiu as fases da pesquisa-ação propostas por Thiollent, fazendo-se as adaptações que foram necessárias de acordo com a dinâmica dos processos que ocorreram no campo. Semelhante metodologia foi utilizada por Albuquerque (2003).

Metodologicamente, dividimos o trabalho em cinco fases, porém cada fase teve continuidade na seguinte, caracterizando um processo único de amadurecimento do problema levantado inicialmente, e de construção coletiva com o grupo.

A primeira fase, ou fase exploratória, onde identificamos o problema principal para o grupo pesquisado; a segunda fase, grupo focal, de discussão e sistematização dos problemas levantados; a terceira fase, denominada seminário central, de formulação de um plano de ação; a quarta fase, grupo focal, de avaliação dos resultados das ações implementadas; e a quinta fase, ou fase final, de discussão dos resultados da pesquisa com o grupo.

Em cada fase, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo seres humanos e aprovação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (APÊNDICE A, B, C, D, E, F).

A pesquisa foi desenvolvida no período de janeiro a maio de 2010. A fase exploratória ocorreu no período de janeiro a março, onde os participantes identificaram como problema principal, nesse momento inicial, **a fragilidade da gestão local, que é revelada na dificuldade de comunicação, pouca transparência e interferências políticas externas.**

Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa realizamos um agrupamento dos mesmos por categoria profissional e identificamos as categorias por letras: **A** para gestores do nível central; **B** para gestores da unidade; **C** para técnicos de nível superior; **D** para técnicos de enfermagem; **E** para profissionais da administração; **F** para motoristas; **G** para auxiliares de serviços gerais; e **H** para vigilantes.

Cada participante também recebeu um número identificando a ordem que ele se integrou na pesquisa para compor o processo, e será o mesmo em todas as fases. Dessa forma, cada participante será identificado por uma letra e um número.

#### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, mais conhecido como Hospital Colônia de Barreiros, localiza-se no município de Barreiros, região da mata sul do estado de Pernambuco, situado a 120 km da capital. Está sob gestão e gerência da Secretaria Estadual de Saúde, diretamente vinculado a III Regional de Saúde do Estado (III GERES).

Os dois Hospitais Colônias do Estado, o Alcides Codiceira (I GERES) e o Vicente Gomes de Matos, são acompanhados pela Diretoria de Acompanhamento Regional e pela Gerência de Atenção à Saúde Mental, ambas vinculadas à Secretaria Executiva de Atenção à Saúde, situadas no nível central da SES/PE.

A equipe gestora da unidade é composta da seguinte forma: direção da unidade hospitalar; direção clínica; supervisão técnica (responsável pela gestão dos setores de psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia e serviço social); chefia da CCIH; chefia de enfermagem; gerente administrativo; chefia de gestão de pessoas; chefia da tesouraria e chefia da unidade de patrimônio e serviços.

A equipe de funcionários do Hospital Colônia de Barreiros é composta por: trinta técnicos de nível superior; sessenta e três técnicos de enfermagem, dezessete profissionais da administração; cinco motoristas; trinta e três auxiliares de serviços gerais e; trinta e nove vigilantes.

Os auxiliares de serviços gerais e vigilantes são funcionários terceirizados e possuem também chefias das empresas terceirizadas.

### 4.3 APRESENTAÇÃO DAS FASES

Para melhor compreensão e visualização da metodologia utilizada em cada fase, assim como, de seus participantes, apresentamos o quadro a seguir<sup>1</sup>:

ETAPAS	OBJETIVOS	DATA	DESCRIÇÃO	PARTICIPANTES
Fase exploratória	Apresentação do projeto de pesquisa e identificação do problema principal	11/01/2010	Entrevista coletiva, pergunta condutora: qual o principal problema do HCVGM?	Grupo B – B6. Grupo C – C1, C2, C3, C4, C5, C7, C8, C9, C10, C11, C12. Grupo D – D13, D14, D15, D16. Grupo H – H17, H18, H19, H20, H21. Grupo G – G22, G23, G24.
		07/02 a 22/03/2010	Entrevistas individuais, pergunta condutora: qual o principal problema do HCVGM?	Grupo B – B26, B27. Grupo C – C2, C3, C5, C11, C12. Grupo D – D13, D16, D25. Grupo H – H17, H19, H20. Grupo G – G23.
Segunda fase	Discussão e sistematização dos problemas levantados	28/03/2010	Grupo focal	Grupo A – A28. Grupo B – B6, B26, B27, B29. Grupo C – C5, C7, C8, C9, C30, C31, C32.
Terceira fase (Seminário Central)	Formulação de um plano de ação para enfrentamento dos problemas	13/04/2010	Reunião do grupo gestor	Grupo B – B6, B27, B29, B33. Grupo C – C7, C30.
Quarta fase	Avaliação dos resultados da implementação das ações deliberadas	05/05/2010	Grupo focal	Grupo A – A28 Grupo B – B6, B27, B29, B33, B35. Grupo C – C2, C3, C7, C8, C9, C11, C30, C31, C32, C34.
Quinta fase (fase final)	Discussão dos resultados da pesquisa	10/05/2010	Grupo focal	Grupo B – B27. Grupo C – C3, C4, C7, C11, C32, C36, C37. Grupo D – D16, D38, D39. Grupo H – H40, H41, H42, H43.

<sup>1</sup> Quadro 1 – Fases, objetivos e participantes da pesquisa-ação no Hospital Colônia.  
Fonte: Elaborado pela autora.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na fase inicial ou exploratória, realizamos entrevista coletiva com o objetivo de apresentação do projeto de pesquisa e identificação do problema principal para os participantes.

A entrevista coletiva foi realizada no Hospital Colônia, no dia 11 de janeiro de 2010, com os seguintes participantes: 4 do grupo B (B6 e mais 3); 11 do grupo C (C1, C2, C3, C4, C5, C7, C8, C9, C10, C11, C12); 4 do grupo D (D13, D14, D15, D16); 3 do grupo G (G22, G23, G24); e 5 do grupo H (H17, H18, H19, H20, H21). Perfazendo um total de 27 participantes, no entanto 3 participantes do grupo B desistiram de participar após a leitura do TCLE.

Durante a entrevista coletiva, o grupo discutiu sobre os problemas do hospital e seus participantes foram convidados a escreverem em tarjetas o que consideram o maior problema na instituição. No momento do agrupamento dos problemas, foi percebido um clima de tensão e receio por parte da maioria dos participantes em se colocarem.

Como na fala de um dos participantes: Quando vi que era para colocar na parede quase engoli o papel, todo mundo conhece minha letra e as coisas não vão ficar aqui<sup>2</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

Dos principais problemas trazidos pelo grupo, 15 estão relacionados com a gestão, como exemplificado nas falas: Direção do hospital omissa, sem postura, sem autonomia, totalmente perdida<sup>3</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL); Política externa<sup>4</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

Também foram trazidos, 6 problemas relacionados ao exercício da clínica, como nas falas dos seguintes entrevistados: Ter mais cuidado com a saúde de cada (paciente) um deles<sup>5</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL); Falta (pouco) compromisso dos profissionais<sup>6</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

Ainda como parte da fase exploratória, realizamos entrevistas individuais no período de 07 de fevereiro a 22 de março de 2010. Foram realizados quinze convites e

---

<sup>2</sup> Fala do participante C12.

<sup>3</sup> Fala do participante C11.

<sup>4</sup> Fala do participante G22.

<sup>5</sup> Fala do participante G23.

<sup>6</sup> Fala do participante B6.

tivemos apenas a recusa de um profissional: Hoje no hospital as coisas estão tão assim, a gente não sabe como fazer, eu sozinha, eu quero lhe ajudar, mas vou pensar, não sei, podem pensar que é denúncia<sup>7</sup> (INFORMAÇÃO VEBAL).

Os participantes das entrevistas individuais foram os seguintes: 2 do grupo B (B26, B27); 5 do grupo C (C2, C3, C5, C11, C12); 3 do grupo D (D13, D16, D25); 3 do grupo H (H17, H19, H20); e 1 do grupo G (G23).

Os entrevistados foram interrogados quanto ao maior problema existente na instituição. Onze respostas apontaram para a confirmação do problema levantado inicialmente na entrevista coletiva: A maior dificuldade em termos de ações terapêuticas é a interferência político-partidária sobre as ações dos técnicos<sup>8</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

Na segunda fase, ocorreu a discussão e sistematização dos problemas levantados a partir de um grupo focal onde colocamos em análise a instituição. Inicialmente, havíamos pensado trazer para essa fase a discussão de três casos clínicos, no entanto após a fase exploratória concluímos que as questões do cotidiano institucional estavam tão mobilizadoras que decidimos tomar a instituição como caso.

O grupo se reuniu no hospital no dia 28 de março de 2010, um domingo, e estiveram presentes os seguintes participantes: 1 do grupo A (A28); 4 do grupo B (B6, B26, B27, B29); e 7 do grupo C (C5, C7, C8, C9, C30, C31, C32).

No início do encontro, um dos participantes diz: Percebo que os pacientes foram bem trabalhados, mas parece que houve uma parada<sup>9</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

Tal colocação fez disparar várias outras falas: A comunicação na unidade tem sido problemática<sup>10</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL); Falta (pouco) compromisso dos técnicos<sup>11</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL); O que é decidido nas reuniões não (pouco) é respeitado<sup>12</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

A reunião ocorreu em clima inicial de tensão que foi diminuindo no transcorrer do encontro. Inicialmente, um debate que foi tornando-se uma discussão construtiva. A

---

<sup>7</sup> Fala de um representante do grupo B.

<sup>8</sup> Fala do participante C2.

<sup>9</sup> Fala do participante A28.

<sup>10</sup> Fala do participante C8.

<sup>11</sup> Fala do participante B6.

<sup>12</sup> Fala do participante C7.



presença do participante A28 foi avaliada pelo grupo como facilitadora da comunicação.

Conforme afirma Thiollent (1998):

Discussão é diferente de debate, pois esta última noção remete a situações nas quais os interlocutores defendem posições geralmente incompatíveis. No caso da discussão, os pesquisadores e participantes efetivos estabelecem uma “comunidade de espíritos” ou um “vínculo intelectual”. No entanto, isto não exclui que de vez em quando haja também elementos de polêmica (THIOLLENT, 1998, p.31).

Ao final do encontro, o grupo deliberou pela criação de um grupo gestor que terá o papel de apoiar a gestão da unidade e viabilizar uma gestão colegiada e mais democrática.

O grupo gestor foi composto por quatro participantes do grupo B e quatro do grupo C, no caso incluindo a pesquisadora como também um dos componentes do grupo C.

A terceira fase, também denominada seminário central, ocorreu no dia 13 de abril de 2010, no hospital, e teve como participantes os seguintes componentes do grupo gestor: 4 do grupo B (B6, B27, B29, B33) e 3 do grupo C (C7, C30), incluindo a pesquisadora.

Essa fase teve como objetivo reunir o grupo gestor constituído na fase anterior, para formulação de um plano de ação para enfrentamento dos problemas discutidos nas fases anteriores. Segundo Thiollent, o seminário central é considerado a técnica principal da pesquisa-ação. A avaliação das suas consequências dará lugar a um tipo de discussão denominado por Thiollent de “deliberação”, que ocorrem também no grupo focal.

O seminário central reúne os principais membros da equipe de pesquisadores e membros significativos dos grupos implicados no problema sob observação. O papel do seminário consiste em examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação (THIOLLENT, 1998, p.58).

O encontro ocorreu com participação ativa de todos os presentes, as discussões foram construtivas e as deliberações obtidas por consenso.

Os resultados das deliberações são obtidos, na medida do possível por consenso. No entanto, quando não há possibilidade de conciliação dos pontos de vista, as alternativas são respeitadas, registradas e posteriormente organizada uma implementação comparativa (THIOLLENT, 1998).

As deliberações obtidas foram as seguintes:

- a) Elaborar novo cronograma de atividades para o Centro de Atividades Terapêuticas (CAT), incluindo as atividades externas;
- b) Dividir novamente os pacientes internos por Técnico de Referência (TR), devendo todos os TRs elaborar o Projeto terapêutico Singular (PTS) para posterior discussão em reunião da equipe técnica;
- c) Definir Equipe de Referência para os pavilhões, espaço de convivência e espaço do idoso, tentando priorizar a equipe do mesmo plantão;
- d) Elaborar protocolo para admissão de novos pacientes,
- e) Elaborar protocolo para atendimento às ocorrências;
- f) Definir com a equipe de enfermagem um técnico para ser o coordenador de cada plantão, já que no momento nenhuma enfermeira se dispõe a assumir a chefia de enfermagem.

Na reunião, também ficaram definidos os responsáveis por cada tarefa.

Na quarta fase, foram avaliados os resultados da implementação das ações deliberadas no seminário central.

O grupo ocorreu no dia 05 de maio de 2010, no hospital, com a presença dos seguintes participantes: 1 do grupo A (A28); 5 do grupo B (B6, B27, B29, B33, B35); e 10 do grupo C (C2, C3, C7, C8, C9, C11, C30, C31, C32, C34).

Cada ação deliberada na fase anterior foi avaliada como positiva para unidade, porém nenhuma foi ainda concluída. A divisão dos pacientes por TR e a elaboração do protocolo para ocorrências ainda não foram iniciados. A formação do grupo gestor foi avaliada por todos os participantes como estratégia de grande importância para o hospital, ficando deliberado que deverá permanecer, mas com mudança periódica dos componentes.

O cronograma de atividades grupais do Centro de Atividades Terapêuticas ainda não foi concluído, mas é consenso a importância de concluir com brevidade, pois as atividades devem acontecer de forma sistemática e com referências definidas dos terapeutas para cada atividade e dia da semana, só assim funcionarão como elemento organizador e de fato serão terapêuticas.

Por fim, na quinta fase ou fase final, os resultados da pesquisa foram colocados em discussão com o grupo. O encontro ocorreu no dia 10 de maio de 2010, no hospital, com os seguintes participantes: 1 do grupo B (B27); 7 do grupo C (C3, C4, C7, C11, C32, C36, C37); 3 do grupo D (D16, D38, D39); e 4 do grupo H (H40, H41, H42, H43).

O grupo concluiu que o maior problema do Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos continua sendo a interferência político-partidária que é permitida também pelo atual modelo de Gestão da SES. No entanto, também se concluiu que sempre existiu algum grau de interferência político-partidário na unidade e que tal fato pode ser menos prejudicial quando a direção do hospital se fortalece junto aos trabalhadores, colocando-se de forma mais autônoma e dando maior legitimidade às ações técnicas. Assim como colocado por um participante: Interferência político-partidária sempre existiu e sempre existirá. Agora, a direção que assumir, precisa negociar autonomia e ouvir a equipe técnica<sup>13</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

O grupo avaliou que a partir da criação do grupo gestor, a comunicação com a direção melhorou.

Os espaços de decisão coletiva, as reuniões, passaram a ser mais respeitados, porém ainda há espaços oficiosos que algumas vezes se sobrepõem ao coletivo. No entanto, as decisões têm sido mais apoiadas no PTI e, conseqüentemente, havendo mais valorização do exercício da clínica e intervenções terapêuticas.

O Projeto Terapêutico Institucional (PTI) do Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos foi construído de forma coletiva por sua equipe em 1999 e teve sua última atualização no segundo semestre de 2009.

---

<sup>13</sup> Fala do participante C36.

Suas bases conceituais estão apoiadas na Reforma Psiquiátrica e na Reabilitação Psicossocial. A partir do trabalho interdisciplinar, objetiva o exercício de uma clínica ampliada e compartilhada, buscando o desenvolvimento da autonomia possível dos internos.

No Projeto Terapêutico Institucional (PTI), também está contemplado arranjos e dispositivos que viabilizam a operacionalização de suas diretrizes, como o cronograma de atividades do Centro de Atividades Terapêuticas, o Projeto Terapêutico Singular e o Técnico de Referência.

No entanto, a frequente troca de gestores e do modelo de gestão da unidade não acompanham a evolução do PTI, fragilizando o exercício da clínica.

Entendendo a gestão e a atenção como campos distintos, porém inseparáveis, assim como a clínica e a política (PASSOS; BARROS, 2004), podemos afirmar que essa frequente troca de gestores desestabiliza o cotidiano da unidade, causando também certa desterritorialização dos trabalhadores que recebem de forma verticalizada a decisão de quem deve sair e chegar para dirigir a unidade.

Esse tipo de funcionamento é bem comum no capitalismo contemporâneo, no movimento de mundialização do neo-liberalismo. Eis aí a axiomática do capital: deserritorializar integrando, recompor incessantemente (PASSOS; BARROS, 2004, p.2).

A direção atual não conseguia apresentar de forma clara seu modelo de gestão, fazendo reuniões sempre normativas, atribuindo as decisões ao nível central da SES, sem planejamento ou ofertas capazes de organizar o processo de trabalho, a gestão da clínica e a operacionalização do PTI.

Na fase exploratória, quando os participantes foram interrogados quanto ao problema principal na instituição, encontramos várias falas que exemplificam tais questões: Perda do referencial do que seja nossa missão. Não estamos conseguindo produzir saúde mental<sup>14</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL);

---

<sup>14</sup> Fala do participante C8.

Na verdade, acho que só existe um, e simplesmente um: a interferência constante e permanente da política partidária, autoritária, coronelista no trabalho técnico/clínico dos servidores. O que causa doença, desânimo, revolta e boicote nos não internados e todo um processo de regressão a quem teve o duplo azar de ser internado nesse Hospital<sup>15</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

Segundo Campos (2009), a globalização desumanizada tem como um dos seus componentes a desvalorização do trabalho e do trabalhador.

O trabalho, entretanto para os seres humanos, além de assegurar a sobrevivência individual e da espécie, foi também se transformando no principal dispositivo para a co-produção de si mesmo e da cultura. Precisamos trabalhar pelo salário, mas também para dar sentido e significado a nossa vida e à sociedade em que vivemos (CAMPOS, 2009, p. 13).

No cenário contemporâneo há tendências em disputa, um esforço de muitas instituições, de políticas, do mercado e da gestão que objetivam a coisificação dos indivíduos, mas também políticas, projetos e práxis que buscam recolocar o ser humano como fator decisivo na tomada de decisões do cotidiano.

Com a metodologia da pesquisa-ação, foi possível junto com a equipe, colocar em análise a instituição, a partir da circulação dos afetos e poderes em jogo, e do desbloqueio da comunicação.

Para Thiollent (1998), a metodologia da pesquisa-ação tem como um dos principais objetivos propiciar aos pesquisadores e participantes meios, a partir de diretrizes de ação transformadora, de conhecimento e respostas aos problemas da situação em que vivem.

Em matéria de conscientização e de comunicação, as transformações se difundem através do discurso, da denúncia, do debate ou da discussão. O que é transformado são as representações acerca das situações em que atuam os interessados e os seus sentimentos de hostilidade e solidariedade (THIOLLENT, 1998, p. 43).

Segundo Lourau (1996, p.16), a análise institucional objetiva produzir uma nova relação com o saber, uma consciência do não-saber que determina nossa ação (LOURAU, 1996, p. 16).

Na segunda fase da pesquisa, grupo focal, os participantes falaram das dificuldades reais do cotidiano, mas os afetos também foram compartilhados: Não conseguimos

---

<sup>15</sup> Fala do participante C2.

colocar em prática o projeto terapêutico<sup>16</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL); Planejamos uma atividade, uma intervenção e somos desautorizados<sup>17</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL); Tem sido muito difícil vir trabalhar aqui, muito angustiante, é como se os técnicos não soubessem mais de nada<sup>18</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

Fazendo uma correlação com Hardt (2003), vemos que o trabalho em saúde tem um caráter fortemente informacional, fazendo-se necessário abordar o papel do afeto na construção dos processos de trabalho, considerando seu papel preponderante na economia capitalista global, mas também seu potencial subversivo de transformação do paradigma dessa mesma economia que tem produzido seres pouco criativos.

A observação atenta da produção dos afetos em nosso trabalho e em nossa vida social tem frequentemente sido útil a projetos anticapitalistas, por exemplo, no contexto de discursos sobre o desejo ou sobre o valor de uso. O trabalho afetivo representa, em si e diretamente, a constituição de comunidades e subjetividades coletivas. Portanto, o circuito da produção de afeto e de valor se parece, sob vários aspectos, com um circuito autônomo de constituição de subjetividade, alternativo ao processo de valorização capitalista (HARDT, 2003, p.144).

Discutindo os afetos, também melhorou a comunicação, e o grupo conseguiu construir uma estratégia para melhorar as dificuldades: a formação de um grupo gestor para apoiar e trabalhar junto com a gestão da unidade, objetivando uma gestão mais democrática.

Segundo Dejours (1992 apud BARROS; BARROS, 2009), o trabalhador considera prazeroso o trabalho que ele participa da construção, os sentimentos de angústia e inutilidade surgem quando o trabalhador executa tarefas aquém de sua capacidade criativa.

Cinco participantes trouxeram na fase exploratória e na segunda fase a falta de compromisso dos profissionais como uma questão problemática.

Nenhum grupo é totalmente homogêneo, há profissionais mais ou menos comprometidos, porém o fato dos profissionais estarem em uma reunião no

---

<sup>16</sup> Fala do participante C30.

<sup>17</sup> Fala do participante C31.

<sup>18</sup> Fala do participante C8.

domingo, dia em que ocorreu o encontro da segunda fase, revela algum grau de compromisso.

Segundo Campos (2009), as condições de trabalho influenciam o potencial dos trabalhadores:

Do trabalho vivemos e pelo trabalho morremos. Há condições de trabalho que nos matam mais rapidamente, seja quando as condições naturais ou sociais são muito ásperas, seja quando os “senhores” concentram tal grau de poder que exploram ao limite o trabalho de escravos ou de trabalhadores. Assim, o desgaste do trabalhador está inscrito na natureza de todo e qualquer tipo de atividade. O que há, e isso faz toda a diferença, são condições sociais, modelos de organização, modos de produção, que aceleram e agravam esse desgaste em função de interesses alheios ao trabalhador (CAMPOS, 2009, p. 14).

A fala de um dos participantes também pode exemplificar a questão que Campos (2009) aponta:

Essa mesma equipe já fez um trabalho que foi matéria de televisão, essa mesma equipe, quando o hospital não tinha nem sido classificado pelas supervisões, elevou o hospital no PNASH como o segundo melhor de Pernambuco<sup>19</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

A política neoliberal de Estado mínimo tem desqualificado os serviços e servidores públicos, em prol dos interesses de privatização da saúde. Partem do pressuposto de que todo funcionário público é desqualificado até que se prove o contrário. Investem na alta tecnologia, como os relógios de ponto digital, e esquecem de uma política de educação continuada, por exemplo.

No Estado de Pernambuco não tem sido diferente. O atual modelo de gestão da SES não tem privilegiado a participação dos trabalhadores nas decisões, mantendo um centro de poder concentrado no nível central.

No entanto, a participação de A28 foi avaliada pelo grupo como importante para melhoria da comunicação entre os membros da equipe:

A presença de A28 foi importante na reunião, talvez por ser um elemento de fora, talvez agora possamos falar de novo daquele pedido antigo de termos alguém para uma supervisão clínica-institucional<sup>20</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

---

<sup>19</sup> Fala do participante C2.

<sup>20</sup> Fala do participante C8.

Também é importante considerar que o atual cenário de Pernambuco de fechamento de dois hospitais para pacientes de longa permanência e dois para atendimento de pacientes em crise, perfazendo um total de aproximadamente 1.447 leitos sendo desativados, exigiu dos gestores um olhar mais cuidadoso para os dois únicos hospitais públicos de longa permanência existentes.

Tal fato pode ser exemplificado na fala de um dos participantes:

Há quase 20 anos que eu trabalho aqui e nunca a SES se preocupou tanto com esse hospital, acho que isso agora é também por causa do fechamento do Alberto Maia, em toda reunião perguntam quantas vagas temos e estão pedindo para mapearmos os espaços no hospital<sup>21</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

A terceira fase da pesquisa, seminário central, de fato foi a mais importante, como aponta Thiollent (1998). A possibilidade de juntos, gestores e trabalhadores, pensarem um plano de ação para melhoria do hospital, possibilitou o desbloqueio da comunicação, a circulação da informação e a valorização das competências de todos e de cada um. Tal fato reflete-se nas falas seguintes: O grupo gestor foi muito importante, acho que deve permanecer, a comunicação com a direção está melhor<sup>22</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL); Acho que é assim que deve ser todo mundo se ajudando, o grupo gestor ajudou muito<sup>23</sup> (INFORMAÇÃO VERBAL).

Dessa forma foi possível discutir a gestão sem dissociar da clínica, problematizar as dificuldades de operacionalização do Projeto Terapêutico da instituição, e ainda reafirmar o espaço das decisões coletivas.

A ampliação da gestão se dá, como vimos, pela posição de inseparabilidade entre os termos que a compõem: saberes, sujeitos, poderes. Aumentar o grau de democracia interna nas organizações, problematizar a relação entre atividade da gestão e a gestão da atividade, instalar dispositivos que permitam circulação da palavra e tomadas de decisão mais participativas são alguns dos modos por meio dos quais acreditamos ser possível a ampliação da gestão. Igualmente a ampliação da clínica, seja pela instalação de modos de funcionar que convoquem diferentes saberes/poderes a entrar em relação na construção de objetos de investimentos mais coletivos, seja pela desestabilização da própria noção de clínica (BARROS; BARROS, 2009, p. 69).

---

<sup>21</sup> Fala do participante C7.

<sup>22</sup> Fala do participante C3.

<sup>23</sup> Fala do participante B27.



Entretanto, corroboramos com Barros e Barros (2009) em afirmar que o trabalhador não é mera vítima que sucumbe às sistemáticas tentativas de desqualificação/expropriação, ficando à espera de um ser transcendental para resolução dos problemas. Estes devem ser agentes da mudança buscando brechas na porosidade institucional, pois por mais fechada que seja a organização, sempre há alguma brecha.

Aumentar o grau de autonomia dos trabalhadores nos processos de pensar-fazer seu trabalho, ampliar o grau de abertura aos processos de criação sustentando a indissociabilidade entre atenção e gestão, no caso do processo de trabalho em saúde, permite, a nosso ver, transitar da dor ao prazer no trabalho sem que com isso caiamos na banalização do sofrimento ou na idealização do prazer (BARROS; BARROS, 2009, p. 70).

Conforme afirma Campos (2009, p.15), a gestão participativa é uma medida preventiva fundamental para a saúde do trabalhador.

A nova divisão dos pacientes por TR, a atualização dos PTS, que estavam esquecidos nos prontuários, a construção de um novo cronograma para o Centro de Atividades Terapêuticas, e a proposta de trabalhar com equipes de referência, foram encaminhamentos fundamentais do seminário central.

Assim sendo, o trabalho volta de fato a ser interdisciplinar, contemplando os diversos saberes técnicos e o PTI, e as intervenções terapêuticas planejadas pelas equipes e técnicos de referência.

## 6 CONCLUSÃO

Diante do cenário contemporâneo de crise das políticas públicas, e em especial das políticas de saúde, crise que se revela nos atuais modelos de atenção e gestão: autoritarismo, burocratização, privatizações, subfinanciamento, degradação da clínica e desencanto, poderíamos nos interrogar se ainda é possível acreditar na mudança?

E se respondemos que sim, logo nos chega outro questionamento: Como operar essa mudança?

O presente trabalho nos aponta que ainda é possível acreditar, e que além das discussões conceituais, também é possível encontrar metodologias que viabilizem as mudanças.

Porém não há receitas, não há um modelo que seja o único correto, nem o único possível. Os caminhos devem ser tecidos por cada coletivo na busca de um comum, mas com respeito à singularidade de cada sujeito e de cada momento.

É necessário combater a alienação e a desesperança dos indivíduos e desenvolver um otimismo crítico. Quando tomamos consciência crítica dos problemas, dos perigos e das dificuldades, não há motivo para a descrença.

Os modelos de gestão de base Taylorista que separam os que pensam e os que fazem, mantendo um centro duro de poder e decisão, promovem alienação e diminuem a potencialidade e criatividade dos sujeitos, e assim sendo não produzem autonomia e não produzem saúde.

O desafio então, é desenvolver modelos de gestão e de organização dos processos de trabalho que estimulem a criação de Espaços Coletivos que desenvolvam a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos. Um método de co-gestão onde de fato o poder seja descentralizado, onde se analisem os problemas e se tomem decisões em conjunto.

## 6.1 A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E O PROJETO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL

A gestão do processo de trabalho no Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos não favorecia a execução do projeto terapêutico institucional.

A partir da metodologia da pesquisa-ação foi possível o desbloqueio da comunicação e o início de um processo de mudança, analisando criticamente a instituição e os problemas existentes.

A deliberação da criação de um grupo gestor favoreceu o diálogo entre a equipe técnica e os gestores, propiciando a discussão dos referenciais teóricos do PTI e sua execução.

## 6.2 ESPAÇOS COLETIVOS E TOMADA DE DECISÃO

Os espaços de decisão coletiva do hospital não eram considerados. As decisões tomadas nas reuniões não eram encaminhadas.

Com a pesquisa, também foi possível a reafirmação da importância dos espaços coletivos. Dessa forma os espaços de tomada de decisão coletiva foram retomados com a criação do grupo gestor e de fato considerados, ainda há a existência de espaços oficiosos, porém também há um constrangimento quando alguma decisão coletiva é desconsiderada. O clima cotidiano no hospital ficou mais ameno, circulando a palavra e os afetos.

Os encontros do grupo focal e seminário central puderam desenvolver uma discussão construtiva, onde antes só havia debate, sendo possível construir um plano de ação para enfrentamento dos problemas levantados.

### 6.3 GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E A CLÍNICA

A clínica realizada no HCVGM vinha perdendo sua potencia. Capturada pela gestão normativa, pela pouca transparência, dificuldade de interação, e pelas interferências políticas externas, produzindo maus encontros e sujeitos pouco potentes.

Após a criação do grupo gestor e realização do seminário central, e com o desbloqueio da comunicação, importantes deliberações ocorreram para ampliação e fortalecimento da clínica, dentre as quais podemos destacar:

- a) Divisão dos pacientes por equipe de referência e técnico de referência;
- b) Retomada da construção do PTS e discussão em equipe interdisciplinar;
- c) Elaboração de novo cronograma de atividades terapêuticas para o CAT.

Nem todas as ações deliberadas foram implementadas, porém ficou claramente entendido que não é possível dissociar a atenção da gestão, e que as decisões da gerência não podem desautorizar as ações clínicas, nem desconsiderar o PTI, para que a instituição possa continuar produzindo saúde, mas também construindo sujeitos mais potentes para ação.

A clínica ampliada é um trabalho afetivo que produz vida, bons encontros e subjetividades mais potentes para a crítica e ação.

### 6.4 O CENTRO DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS

O centro de atividades terapêuticas do Hospital Colônia estava funcionando de forma irregular, as atividades não ocorriam de forma sistemática perdendo seu potencial terapêutico.

Na reunião do seminário central esse fato foi destacado e reafirmado a importância das atividades como recurso terapêutico no processo de reabilitação psicossocial que embasa o PTI e a clínica exercitada no hospital, sendo deliberado não apenas a elaboração de novo cronograma de atividades, mas também a sistematização das mesmas e dos terapeutas que as realizam.

## **7 RECOMENDAÇÕES**

Para maior fortalecimento dos Espaços Coletivos no Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, recomendamos:

- a) A formação de um Conselho Gestor e a realização de assembléias, ambos envolvendo os usuários.
  
- b) Estimular a maior participação dos técnicos de enfermagem e outros funcionários, além dos técnicos de nível superior, nos Espaços Coletivos.

Para esse momento de organização do processo de trabalho no Hospital Colônia de Barreiros e fortalecimento de uma gestão mais democrática, recomendamos:

- a) O trabalho de um Apoiador Institucional.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. **A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2003.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. **Apostila do Curso de Extensão em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, jan./abr. 2009. 1 CD ROM.

BARROS, Regina Benevides de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Da Dor ao Prazer no Trabalho**. In: SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalhador da Saúde Muito Prazer! Protagonismos dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde**. Ijuí: Unijuí, 2009. p. 61-71.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 5. ed. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **Clínica Ampliada: Equipe De Referência E Projeto Terapêutico Singular**. Cartilha da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: DF, 2007.

\_\_\_\_\_. **Informações em Saúde Mental**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar.texto.cfm?idtxt=24365&janela=1>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Modelos de Atenção em Saúde Pública: Um Modo Mutante de Fazer Saúde. **Saúde Em Debate**, Londrina, n.37, p. 16-19, dez. 1992.

\_\_\_\_\_. **Considerações sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas. O Caso da Saúde**. In: CECILIO, Luis Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando A Mudança Na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-86.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 301-317, 2007.

\_\_\_\_\_. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS, Maria Elizabete Barros de (Org.). **Trabalhador da Saúde Muito Prazer!** Protagonismos dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde. Ijuí: Unijuí, 2009. p. 11-15.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, supl. 1, p. 531-542, 2009.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, supl. 1, p.545-555, 2009.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental**. São Paulo: Livraria Atheneu, 1989.

CODECEIRA, Zília de Aguiar. **A Vida é Atividade**. Recife: Ed. Do Autor, 1999.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 2004. Dissertação (Mestrado). Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, 2004.

DELEUZE, Gilles. **Espinoza: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREIRE, Paulo. **Educação Como Prática da Liberdade**. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: Cartografias Do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

HARDT, Michael. O Trabalho Afetivo. In: PELBART, Peter Pál; COSTA, Rogério da (Orgs.). **O Reencantamento do Concreto: Cadernos de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 143-157.

JORGE, Alzira de Oliveira. **A Gestão Hospitalar sob a Perspectiva do Trabalho Vivo**. 2002. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

JUNG, Carl Gustav. **O Homem e seus Símbolos**. 18. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964.

LE BOTERF, Guy. **Pesquisa Participante: Proposta e Reflexões Metodológicas**. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org). **Repensando a Pesquisa Participante**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 51-81.

LIBERATO, Magda Dimenstein Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, jan./abr. 2009. 1 CD ROM.

LOURAU, René. **Análise Institucional**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Oficina CONASS**. 2007. 1 CD ROM.

MERHY, Emerson Elias. **A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: Uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu modo de Trabalhar a Assistência**. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>>. Acesso em: 20 de jun. 2009.  
\_\_\_\_\_. **Um dos Grandes Desafios Para os Gestores do SUS: Apostar em Novos Modos de Fabricar os Modelos de Atenção**. Campinas, 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>>. Acesso em: 10 de jun. 2009.



MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio Do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa Em Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

NOBRE, Maria Tereza Lisboa. Abrir os Manicômios: utopia ou realidade. **Revista Antropológicas**, Recife, v.7, p.441-459, 1998.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Revista Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n.19-20, p.159-171, jan./jun. 2004.

PONTES, Carlos Antônio Alves; MENEZES, Abel Filho; COSTA, André Monteiro. O processo criativo e a tessitura de projetos acadêmicos de pesquisa. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.17, p.439-450, mar./ ago. 2005.

QUINTAS, Renata Martins; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. A Ação Territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde Em Debate**, v.32, n. 78/79/80, jan - dez. Rio de Janeiro, p. 99-107, 2008.

RODRIGUES, Auro de Jesus. **Metodologia Científica**. São Paulo: Avercamp, 2006.

ROLNIK, Suely. **Os mapas movediços de Öyvind Fahlstron**. Campinas, 2000. p. 1-23. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>>. Acesso em: 19 jun. 2010.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades: Da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível**. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Te Corá Editora, Instituto Franco Basaglia, 1999.

SILVEIRA, Nise. **Gatos: A Emoção de Lidar**. Rio de Janeiro: Léo Christiano, 1998.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MORSCHEL, Aline. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 729-738, 2009.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.



Centro de Pesquisas  
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GRUPO FOCAL – PRIMEIRA ETAPA**

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Mestrado Profissional em Saúde Pública

Título do Projeto: “A Gestão do Processo de Trabalho e a Clínica: Um estudo de caso no Hospital Colônia de Barreiros – PE”.

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma entrevista coletiva que deve durar cerca de 30 a 40 minutos, mas sua participação não é obrigatória.

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a gestão do processo de trabalho na execução do Projeto Terapêutico Institucional e operacionalização da clínica no Hospital Colônia de Barreiros. A pesquisa tem como metodologia a pesquisa-ação.

Esse momento da entrevista em grupo faz parte da primeira fase da pesquisa e tem como objetivo a coleta de dados. Você poderá ser convidado a participar das fases seguintes da pesquisa, porém não será obrigatória a participação.

Caso concorde em participar da entrevista, suas respostas e participação no grupo serão filmadas e anotadas. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta, ou interromper a entrevista e se retirar a qualquer momento.

Sua participação nessa pesquisa poderá contribuir para melhoria do processo de trabalho nos serviços de saúde, assim como da assistência aos usuários, constituindo-se benefícios da pesquisa. Os possíveis riscos na sua participação será o de constrangimento diante de alguma pergunta ou situação no grupo, mas garantimos o total sigilo das informações fornecidas bem como seu anonimato na divulgação dos resultados.

Todas as suas respostas serão mantidas em sigilo e não haverá seu nome. Todos os registros serão guardados em local seguro e sob responsabilidade da pesquisadora principal.

A sua participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, uma delas deverá ficar em sua posse. Você pode perguntar o que quiser antes de assinar este termo. Caso tenha mais dúvida poderá ligar para pesquisadora principal, Alyne Lima (96481933), residente na Avenida 20 de janeiro 380/402, Boa Viagem, Recife.

Declaro que li este termo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Assim concordo em participar desta pesquisa.

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador: \_\_\_\_\_



Centro de Pesquisas  
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTREVISTA INDIVIDUAL

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Mestrado Profissional em Saúde Pública

Título do Projeto: “A Gestão do Processo de Trabalho e a Clínica: Um estudo de caso no Hospital Colônia de Barreiros – PE”.

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar de uma entrevista que deve durar cerca de 20 a 30 minutos, mas sua participação não é obrigatória.

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a gestão do processo de trabalho na execução do Projeto Terapêutico Institucional e operacionalização da clínica no Hospital Colônia de Barreiros. A pesquisa tem como metodologia a pesquisa-ação.

Caso concorde em participar da entrevista, suas respostas serão gravadas e anotadas. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta, ou interromper a entrevista a qualquer momento.

Sua participação nessa pesquisa poderá contribuir para melhoria do processo de trabalho nos serviços de saúde, assim como da assistência aos usuários, constituindo-se benefícios da pesquisa. Os possíveis riscos na sua participação será o de constrangimento diante de alguma pergunta, mas garantimos o total sigilo das informações fornecidas bem como seu anonimato na divulgação dos resultados.

Todas as suas respostas serão mantidas em sigilo. No questionário não haverá seu nome e suas respostas serão vistas apenas pelas pesquisadoras. Todos os registros serão guardados em local seguro e sob responsabilidade da pesquisadora principal.

A sua participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, uma delas deverá ficar em sua posse. Você pode perguntar o que quiser antes de assinar este termo. Caso tenha mais dúvida poderá ligar para pesquisadora principal, Alyne Lima (96481933), residente na Avenida 20 de janeiro 380/402, Boa Viagem, Recife.

Declaro que li este termo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Assim concordo em participar desta pesquisa.

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
GRUPO FOCAL – SEGUNDA ETAPA**

Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Título do Projeto: “A Gestão do Processo de Trabalho e a Clínica: Um estudo de caso no Hospital Colônia de Barreiros – PE”.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) a participar de um grupo focal que deve durar cerca de 40 a 50 minutos e que faz parte da segunda etapa da pesquisa acima intitulada, mas sua participação não é obrigatória.

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a gestão do processo de trabalho na execução do Projeto Terapêutico Institucional e operacionalização da clínica no Hospital Colônia de Barreiros. A pesquisa tem como metodologia a pesquisa-ação.

Esse momento do trabalho em grupo tem como objetivo a sistematização dos dados coletados na primeira fase da pesquisa e discussão de três casos clínicos de pacientes internados na referida instituição, com o objetivo de analisar a execução do projeto terapêutico institucional nas interseções entre a clínica e a gestão do processo de trabalho. Você poderá ser convidado a participar das fases seguintes da pesquisa, porém sua participação não será obrigatória.

Caso concorde, suas respostas e participação no grupo serão filmadas e anotadas. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta, ou interromper sua participação e se retirar a qualquer momento.

Sua participação nessa pesquisa poderá contribuir para melhoria do processo de trabalho nos serviços de saúde, assim como da assistência aos usuários, constituindo-se benefícios da pesquisa. Os possíveis riscos na sua participação será o de constrangimento diante de alguma pergunta ou situação no grupo, mas garantimos o total sigilo das informações fornecidas bem como seu anonimato na divulgação dos resultados.

Todas as suas respostas serão mantidas em sigilo e não haverá seu nome. Todos os registros serão guardados em local seguro e sob responsabilidade da pesquisadora principal.

A sua participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, uma delas deverá ficar em sua posse. Você pode perguntar o que quiser antes de assinar este termo. Caso tenha mais dúvida poderá ligar para pesquisadora principal, Alyne Lima (96481933), residente na Avenida 20 de janeiro 380/402, Boa Viagem, Recife.

Declaro que li este termo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Assim concordo em participar desta pesquisa.

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
GRUPO FOCAL – TERCEIRA ETAPA**

Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Título do Projeto: “A Gestão do Processo de Trabalho e a Clínica: Um estudo de caso no Hospital Colônia de Barreiros – PE”.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) a participar de um grupo focal que deve durar cerca de 40 a 50 minutos e que faz parte da terceira etapa da pesquisa acima intitulada, mas sua participação não é obrigatória.

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a gestão do processo de trabalho na execução do Projeto Terapêutico Institucional e operacionalização da clínica no Hospital Colônia de Barreiros. A pesquisa tem como metodologia a pesquisa-ação.

A técnica principal da pesquisa-ação é o seminário central, que consiste em um grupo implicado no problema sob observação, e que deverá formular um plano de ação e tomar decisões acerca do processo sob investigação. O grupo focal que você está sendo convidado a participar tem como objetivo a discussão das ações definidas no seminário central, e avaliação das suas conseqüências. Você poderá ser convidado a participar das fases seguintes da pesquisa, porém sua participação não será obrigatória.

Caso concorde, suas respostas e participação no grupo serão filmadas e anotadas. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta, ou interromper sua participação e se retirar a qualquer momento.

Sua participação nessa pesquisa poderá contribuir para melhoria do processo de trabalho nos serviços de saúde, assim como da assistência aos usuários, constituindo-se benefícios da pesquisa. Os possíveis riscos na sua participação será o de constrangimento diante de alguma pergunta ou situação no grupo, mas garantimos o total sigilo das informações fornecidas bem como seu anonimato na divulgação dos resultados.

Todas as suas respostas serão mantidas em sigilo e não haverá seu nome. Todos os registros serão guardados em local seguro e sob responsabilidade da pesquisadora principal.

A sua participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, uma delas deverá ficar em sua posse. Você pode perguntar o que quiser antes de assinar este termo. Caso tenha mais dúvida poderá ligar para pesquisadora principal, Alyne Lima (96481933), residente na Avenida 20 de janeiro 380/402, Boa Viagem, Recife.

Declaro que li este termo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Assim concordo em participar desta pesquisa.

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
GRUPO FOCAL – QUARTA ETAPA**

Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Título do Projeto: “A Gestão do Processo de Trabalho e a Clínica: Um estudo de caso no Hospital Colônia de Barreiros – PE”.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) a participar de um grupo focal que deve durar cerca de 40 a 50 minutos e que faz parte da quarta etapa da pesquisa acima intitulada, mas sua participação não é obrigatória.

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a gestão do processo de trabalho na execução do Projeto Terapêutico Institucional e operacionalização da clínica no Hospital Colônia de Barreiros. A pesquisa tem como metodologia a pesquisa-ação.

A técnica principal da pesquisa-ação é o seminário central, que consiste em um grupo implicado no problema sob observação, e que deverá formular um plano de ação e tomar decisões acerca do processo de investigação. O grupo focal que você está sendo convidado a participar tem como objetivo avaliar os resultados da implementação das ações definidas no seminário central. Você poderá ser convidado a participar das fases seguintes da pesquisa, porém sua participação não será obrigatória.

Caso concorde, suas respostas e participação no grupo serão filmadas e anotadas. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta, ou interromper sua participação e se retirar a qualquer momento.

Sua participação nessa pesquisa poderá contribuir para melhoria do processo de trabalho nos serviços de saúde, assim como da assistência aos usuários, constituindo-se benefícios da pesquisa. Os possíveis riscos na sua participação será o de constrangimento diante de alguma pergunta ou situação no grupo, mas garantimos o total sigilo das informações fornecidas bem como seu anonimato na divulgação dos resultados.

Todas as suas respostas serão mantidas em sigilo e não haverá seu nome. Todos os registros serão guardados em local seguro e sob responsabilidade da pesquisadora principal.

A sua participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, uma delas deverá ficar em sua posse. Você pode perguntar o que quiser antes de assinar este termo. Caso tenha mais dúvida poderá ligar para pesquisadora principal, Alyne Lima (96481933), residente na Avenida 20 de janeiro 380/402, Boa Viagem, Recife.

Declaro que li este termo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Assim concordo em participar desta pesquisa.

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
GRUPO FOCAL – QUINTA ETAPA**

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Mestrado Profissional em Saúde Pública

Título do Projeto: “A Gestão do Processo de Trabalho e a Clínica: Um estudo de caso no Hospital Colônia de Barreiros – PE”.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) a participar de um grupo focal que deve durar cerca de 40 a 50 minutos e que faz parte da etapa final da pesquisa acima intitulada, mas sua participação não é obrigatória.

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a gestão do processo de trabalho na execução do Projeto Terapêutico Institucional e operacionalização da clínica no Hospital Colônia de Barreiros. A pesquisa tem como metodologia a pesquisa-ação.

O grupo focal que você está sendo convidado a participar tem como objetivo discutir os resultados da pesquisa e as modificações alcançadas a partir desta.

Caso concorde, suas respostas e participação no grupo serão filmadas e anotadas. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta, ou interromper sua participação e se retirar a qualquer momento.

Sua participação nessa pesquisa poderá contribuir para melhoria do processo de trabalho nos serviços de saúde, assim como da assistência aos usuários, constituindo-se benefícios da pesquisa. Os possíveis riscos na sua participação será o de constrangimento diante de alguma pergunta ou situação no grupo, mas garantimos o total sigilo das informações fornecidas bem como seu anonimato na divulgação dos resultados.

Todas as suas respostas serão mantidas em sigilo e não haverá seu nome. Todos os registros serão guardados em local seguro e sob responsabilidade da pesquisadora principal.

A sua participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, uma delas deverá ficar em sua posse. Você pode perguntar o que quiser antes de assinar este termo. Caso tenha mais dúvida poderá ligar para pesquisadora principal, Alyne Lima (96481933), residente na Avenida 20 de janeiro 380/402, Boa Viagem, Recife.

Declaro que li este termo e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Assim concordo em participar desta pesquisa.

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador: \_\_\_\_\_





Comitê de Ética  
em Pesquisa

**Título do Projeto:** Gestão do processo de trabalho e a clínica: um estudo de caso no hospital Colônia de Barreiros – PE.

**Pesquisador responsável:** Alyne Vieira Lima

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 18/08/09

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 46/09

**Registro no CAAE:** 0043.0.000.095-09

### PARECER Nº 52/2009

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 08 de outubro de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 08 de outubro de 2009.

*Giselle Campozano Gouveia*



Giselle Campozano Gouveia  
Farmacêutica  
Coordenadora  
Mat. SIAPE 0483376  
CPqAM / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 08/10/2010.