

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ESTUDO DE REUNIÕES DE EQUIPE GERAL EM UM HOSPITAL – DIA PSIQUIÁTRICO

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Mestre em Saúde Mental, Área de
concentração: Saúde Mental

Aluno: **EDSON ARTHUR SCHERER**

Orientadora: **Prof. Dra. MARIA AUXILIADORA CAMPOS**

Ribeirão Preto

1999

EDSON ARTHUR SCHERER

**ESTUDO DE REUNIÕES DE EQUIPE GERAL
EM UM HOSPITAL - DIA PSIQUIÁTRICO**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Mestre em Saúde Mental, Área de
concentração: Saúde Mental

Ribeirão Preto

1999

Preparada pela Biblioteca Central do Campus Administrativo
de Ribeirão Preto / USP

Scherer, Edson Arthur

Estudo de reuniões de equipe geral em um Hospital–Dia
psiquiátrico. Ribeirão Preto, 1999.

110p.: il.; 30cm

Dissertação de mestrado, apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto/USP, Departamento de Neurologia,
Psiquiatria e Psicologia Médica. Área: Saúde Mental.

Orientador: Campos, Maria Auxiliadora

1. Saúde Mental. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3.
Hospitais dia. 4. Psiquiatria.

Para meus pais, ERNY e EDY, com orgulho, que me ensinaram
os fundamentos da compreensão das coisas e insistiram
no meu constante aprimoramento.

Para ZEYNE, minha esposa, NIKOLAS e RAISSA, meus filhos, sempre juntos,
pela paciência e apoio e pelo próprio fato de existirem,
o que tem me estimulado a persistir curioso e crítico.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. MARIA AUXILIADORA CAMPOS, pela paciência, respeito e compreensão durante o processo de orientação, pela profundidade com que compreende e estuda o trabalho em equipe e suas vicissitudes, pelo cuidado e primor que tem na condução e descrição da análise dos achados de uma pesquisa, pelo conhecimento teórico e vivencial que possui e que didaticamente reproduz. Foi um privilégio ter podido estar junto e compartilhar mais este trabalho de dissertação com a Profa. Dra. AUXILIADORA, por tudo que representa como profissional, educadora e pesquisadora.

Ao Prof. Dr. GERSON ANTÔNIO VANSAN, pelas sugestões, apoio e compreensão presentes na execução deste projeto em seu papel de assessor da pesquisa e integrante da banca do exame geral de qualificação.

Ao Prof. Dr. JOSÉ ONILDO B. CONTEL, pelo apoio e entusiasmo com que aceitou, enquanto coordenador do hospital-dia e pesquisador, fazer parte do estudo como integrante da equipe objeto de observação e da banca examinadora e pelo exemplo de profissional engajado e preocupado com a assistência em saúde mental baseada no trabalho em equipe interdisciplinar.

À Profa. Dra. MARISA JAPUR, pelo respeito demonstrado no momento de apresentar suas críticas e sugestões para elaboração do texto final desta dissertação de mestrado.

À psicóloga MARTA MARIA DAUD, colega e amiga, que participou da coleta de dados, auxiliando na observação das reuniões, pela sua presença, tranquilidade e companheirismo.

À enfermeira MARIA APARECIDA VILAS BOAS, pela contribuição na coleta dos dados referentes aos períodos que antecederam a cada encontro observado, pelo apoio e carinho demonstrados.

À auxiliar administrativa ÂNGELA LÚCIA ZANINI RODRIGUES, pela contribuição na coleta dos dados referentes a frequência de técnicos, usuários e visitantes no hospital-dia, pelo apoio e carinho demonstrados.

Aos demais componentes da equipe fixa do hospital-dia, por terem aceito participar do estudo, pelo carinho, compreensão, respeito, profissionalismo, estímulo, exemplo e modelo permanente que representam na minha trajetória profissional e pela colaboração direta durante as fases de construção e condução do presente projeto de pesquisa.

À funcionária SÔNIA MITIKO T. BUENO, secretária da Pós-graduação em Saúde Mental pelo auxílio e apoio na condução dos procedimentos burocráticos exigidos pelo referido programa.

À enfermeira ZEYNE ALVES PIRES SCHERER, em especial, que além de minha esposa, companheira e mãe dos meus filhos NIKOLAS e RAISSA, nascidos durante a execução desta dissertação de mestrado, colaborou com sugestões na leitura dos meus manuscritos, com contribuições ao conseguir valiosas referências bibliográficas, e com a tranquilidade, o carinho, o suporte, a compreensão e a presença constante nos momentos mais conflituosos pelos quais passei na elaboração e consuação desta pesquisa.

Dar-se conta de que o nosso conhecimento é ignorância é uma nobre
percepção.

Considerar nossa ignorância como conhecimento é enfermidade mental.
Somente quando nos cansamos de nossa enfermidade deixamos de estar
enfermos.

O Sábio não está enfermo por estar cansado da enfermidade.

Este é o segredo da saúde.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas / Quadros / Figuras / Anexos

Resumo

Prólogo

INTRODUÇÃO	01
OBJETIVOS	21
MÉTODO	22
Breves considerações metodológicas	22
Caracterização da situação de estudo	27
- Sobre o HD da FMRP – USP	27
- Sobre a Reunião de Equipe Geral	30
Caracterização dos procedimentos de pesquisa	32
Fase piloto	33
Coleta de dados propriamente dita	36
Tratamento dos dados	38
RESULTADOS	41
Temática	41
Participação verbal dos integrantes da equipe e utilização do tempo	49
Impressões registradas pelos dois observadores	54
DISCUSSÃO	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
ANEXOS	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
SUMMARY	

Lista de Tabelas e Figuras

Figura 1 - Quadro Sinóptico das Categorias - Avisos e Assuntos	42
Tabela 1 – Distribuição dos Avisos por Categorias, Informantes e Transformação em Assuntos	43
Tabela 2 – Distribuição dos Assuntos por Categorias e Proponentes	44
Figura 2 – Distribuição das Categorias de Avisos e Assuntos em cada REG comparados com os registros das situações diárias	46
Figura 3 – Participação verbal dos Integrantes nas REG segundo a ocupação do tempo e a categoria profissional	51
Tabela 3 – Distribuição do número de Assuntos por categoria profissional proponente	52

RESUMO

O presente estudo, configurado como uma pesquisa naturalística conduzida pela observação, teve como objetivos caracterizar as reuniões de equipe geral do hospital-dia da disciplina de psiquiatria da FMRP-USP quanto à temática, participação verbal dos integrantes e utilização do tempo, descrever sua inserção no serviço e levantar subsídios que permitam o melhor entendimento e utilização destas reuniões em diferentes contextos. Foram discutidos 46 assuntos em 21 reuniões observadas, 36 sugeridos pela equipe fixa e 10 pelos estagiários médicos. A equipe fixa teve maior participação verbal, tendo prevalecido a ocupação do tempo pelos docentes em 12 reuniões e pelos técnicos de nível superior em 7. Em 18 das reuniões estudadas houve correspondência entre os temas discutidos e as situações diárias registradas nas semanas que antecederam as mesmas. As reuniões em 11 dos encontros e a coordenação em 13 foram avaliadas como produtivas pelos observadores. Os achados mostram que estas reuniões se configuram como grupos operativos inseridos regularmente no serviço. As relações de poder e as diferenças de experiência e conhecimentos técnicos entre os diversos profissionais pareceram contribuir para a maior ou menor participação nas reuniões. Por ser um espaço favorecedor de trocas, sugere-se a utilização destas reuniões em outros serviços de saúde que trabalhem com equipes de assistência.

PRÓLOGO

Ao longo de minha trajetória estudantil e profissional os contatos com os distintos serviços em estágios curriculares e extra-curriculares, levaram-me a perceber a importância dos aspectos de integração na prática em grupos compostos por técnicos de diversas formações. A qualidade e os resultados proporcionados através da execução das tarefas pelos integrantes das equipes de assistência, principalmente considerando os efeitos sobre a evolução favorável ou não da clientela alvo das intervenções propostas, deixaram-me progressivamente curioso.

Esta curiosidade encontrou ressonância durante a especialização em psiquiatria iniciada na Clínica Pinel de Porto Alegre, onde o modelo de trabalho que era o da comunidade terapêutica veio a ser substituído no segundo mês do curso por outro centrado em uma abordagem individual psicanalítica. A nova forma de assistência não apresentava preocupação com a estrutura comunitária até então presente no serviço, sendo desta forma extinta a comunidade terapêutica da Clínica. As justificativas administrativas apresentadas para tal procedimento estavam centradas na falta de recursos econômicos. Esta mudança trouxe desconforto, suscitou dúvidas e apreensões nos diversos integrantes das equipes do serviço (tanto nos técnicos fixos como nos estagiários), culminando com a saída de vários destes profissionais (inclusive a minha, após cursar cinco meses).

Na seqüência, já no programa de residência médica em radioterapia junto ao Instituto Nacional de Câncer (INCa), no Rio de Janeiro - consoante ao meu objetivo de dedicar-me a psico-oncologia -, ao percorrer os estágios do referido programa, pude perceber e alimentar mais ainda minha curiosidade, pois, não é só na intervenção com o usuário de serviços de Saúde Mental que a questão da interdisciplinaridade encontra eco.

Além da vivência dos diferentes estágios pude no INCa participar de um grupo de reflexão, coordenado por uma psiquiatra da instituição, com a participação de alguns colegas de residência em radioterapia, oncologia clínica e cirurgia oncológica, e de um integrante da diretoria do hospital (na época com a função de *ombudsman* do INCa), onde vários temas foram abordados, com freqüência relacionados com o trabalho em equipe e com as relações de poder na instituição. Em outros momentos, discutimos sobre a terminalidade e a morte. Os encontros foram estimulantes e despertaram, com o passar do tempo, a curiosidade dos que não participavam, especialmente de alguns chefes de serviço.

Durante o segundo ano de residência o serviço foi ampliado, sendo criado no hospital um setor novo, o de Suporte Terapêutico Oncológico (STO) destinado ao atendimento de pessoas com prognóstico terminal ou não e consideradas fora de possibilidades terapêuticas (FPT). A coordenação inicial foi da vice-diretora do INCa, contando com o suporte de uma fundação denominada GESTO (Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico), já existente e atuando com proposta semelhante no Hospital de Oncologia do antigo INAMPS do Rio de Janeiro há cerca de

cinco anos (naquela época). Entrei como voluntário nesta nova proposta, juntamente com um colega residente em cirurgia de cabeça e pescoço. Nossa participação foi voluntária e extra-curricular, pois não fazia parte dos programas de residência médica do INCa a passagem em estágio no STO. Nesta função, participamos da implantação do STO, sua regulamentação na instituição, colaborando com sugestões e planejamentos discutidos em equipe formada por médicos de diferentes especialidades oncológicas, enfermeiras com especialização em oncologia, assistente social, psicóloga, psiquiatra e secretária contratada para o setor. Pouco a pouco o STO foi ganhando corpo. O GESTO colaborou contratando as pessoas da equipe, fornecendo um veículo para visitas domiciliares e provendo medicamentos, material e equipamentos para empréstimo aos necessitados.

Como voluntário participei dos atendimentos ambulatoriais (o ambulatório funcionava em terceiro turno duas vezes por semana), resgate de doentes da clínica de apoio (onde grande parte era esquecida, tornando-se FPT enquanto aguardava chamado dos serviços do INCa para tratamento) e algumas visitas domiciliares (poucas em função dos compromissos com a residência em radioterapia). As reuniões da equipe eram realizadas semanalmente, com duração de 2 horas e trinta minutos. Inicialmente por uma hora e trinta minutos discutia-se questões administrativas, de funcionamento do serviço e casos clínicos. Fazia-se também uma avaliação constante da assistência prestada, sob o arranjo do coordenador do STO (este era escolhido entre os integrantes, mediante indicação e voto aberto, sendo seu mandato de um ano – todos os

participantes eram possíveis candidatos). Em seguida, por uma hora, a reunião era coordenada pela psiquiatra ou pela psicóloga, com discussão de temas ligados ao relacionamento intra-equipe e desta com os usuários e às dificuldades e frustrações percebidas pelos integrantes, funcionando, assim, como um suporte para o grupo.

Aos poucos, fui percebendo que o caminho que escolhera em termos de trajetória profissional, estava aquém de minhas aspirações. A radioterapia constitui-se em uma atividade médica que requer do profissional conhecimentos de oncologia e de física médica e aplicação de técnicas até certo ponto mecanizadas, onde o contato com a pessoa doente prioriza o planejamento do tratamento, sua execução e avaliações periódicas de seus efeitos positivos e adversos. Preocupado com este aspecto, por mim considerado como impessoal, que minha especialização em radioterapia vinha tomando, distanciando-se a cada dia do meu desejo de ser psico-oncologista, ou seja, de priorizar a pessoa e não a doença câncer, resolvi voltar à formação em psiquiatria.

Retornando, então, à psiquiatria com o ingresso no programa de residência médica em psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC - FMRP – USP), em contato com os serviços pelos quais passei em estágio (ambulatório de psiquiatria, unidade de emergência psiquiátrica, enfermaria de psiquiatria, consultoria psiquiátrica e hospital-dia psiquiátrico), continuei atento e aguçando minha curiosidade acerca da importância e

características do trabalho em equipe, o que me fez pensar em estudar de alguma forma a equipe interdisciplinar de Saúde Mental.

Assim, a experiência vivenciada enquanto médico residente em psiquiatria nos três anos de especialização possibilitaram-me o reconhecimento da importância das reuniões para o Hospital-dia do HC – FMRP – USP (HD). A reunião de equipe geral (REG), especialmente, despertou minha atenção pelo fato de contar com a participação de dois grupos, multidisciplinares em si, um de profissionais permanentes e o outro de aprendizes. Motivado pelo experienciado nesta minha trajetória, mobilizei-me, portanto, no sentido de buscar elementos que permitissem estudar e conhecer melhor o funcionamento das REG no contexto do HD, para o que procurei subsídios nesta dissertação de mestrado.

INTRODUÇÃO

Ao contrário do que ocorre em outros campos da saúde, não existe em relação à Saúde Mental uma linha de ação prioritária que siga parâmetros determinados e que seja adotada universalmente. Até hoje, tratamentos místico-religiosos são oferecidos em conjunto com os avanços da psicobiologia moderna, o que constitui apenas uma das contradições existentes. A observação mais clara disso pode ser obtida através de uma revisão da história da psiquiatria (ALEXANDER & SELESNICK, 1968; FOUCAULT, 1978; KAPLAN & SADOCK, 1984; MARÇAL RIBEIRO, 1999).

Outras áreas além da psiquiatria ocupam-se, também, do estudo e do atendimento à loucura sem escapar, no entanto, da realidade já descrita. Entre estas, a psicologia “objetiva, positiva ou científica” como conhecemos na atualidade que, segundo FOUCAULT (1984), encontrou sua origem histórica e fundamento numa experiência patológica. Foi, portanto, “*uma análise dos desdobramentos que ocasionou uma psicologia da personalidade; uma análise dos automatismos e do inconsciente que fundou uma psicologia da consciência; uma análise dos déficits que desencadeou uma psicologia da inteligência*” (FOUCAULT, 1984, pg. 84). Ou seja, o homem só tornou-se uma “espécie psicologizável” a partir do momento em que sua relação com a loucura permitiu uma psicologia, quer dizer, quando sua relação com a loucura foi definida pela dimensão exterior da exclusão e

do castigo, e pela dimensão interior da hipoteca moral e da culpa. “*Nunca a psicologia poderá dizer a verdade sobre a loucura, já que é esta que detém a verdade da psicologia*” (FOUCAULT, 1984, pg. 85). Levada até sua raiz, a psicologia da loucura, seria não o domínio da doença mental e conseqüentemente a possibilidade de seu desaparecimento, mas a destruição da própria psicologia e o reaparecimento desta relação essencial, não psicológica porque não moralizável, que é a relação da razão com a desrazão.

Ao fazer um estudo sobre o conflito entre a razão e a paixão, ROUANET (1987) escolheu a tragédia grega *As Bacantes* de Eurípidés para desenvolver seu pensamento, porque nela, segundo o autor, esta interação é especialmente rica. O estudioso apresenta um resumo da peça e na discussão da mesma ao considerar a interação entre a razão e a paixão chega ao que denominou de razão louca e razão sábia. A razão louca ao interagir com a paixão, deixa-se influenciar pela mesma, perde a objetividade necessária ao conhecimento e mergulha na falsa consciência, usando de defesas inconscientes e gerando heteronomia. De acordo com o autor, esta variedade de razão louca, que reprime, seria por ele nomeada de positivismo. A relação da razão louca com o poder, igualmente geradora de heteronomia, ao invés de reprimir, preconiza e promove uma liberação pulsional dirigida em favor do poder. A razão sábia, por sua vez, ao interagir com a paixão tem acesso ao saber imparcial, pois, o Ego afasta as interferências afetivas e obtém um conhecimento fidedigno, tanto na percepção quanto no pensamento. Como sede do pensamento e portanto

via para o saber, a razão sábia pode autorizar conscientemente a gratificação do impulso, ou rejeitá-lo pela atividade racional do julgamento. No plano moral, a razão sábia é a conquista da autonomia. Capaz de conhecimento e autonomia, a razão sábia é crítica e considerada por ROUANET (1987) herdeira do iluminismo.

Outro aspecto passível de discussão encontramos ao fazermos um paralelo entre o discurso psiquiátrico e o sociológico. A psiquiatria não é só biológica, usa, também, da fenomenologia em sua linguagem psicológica ao descrever que doença mental é perda da liberdade, perda do controle de si. O sociólogo, por sua vez, ao buscar um cunho simbólico ou cultural para a loucura, não pode negar o caráter natural e material das formas sociais. A conclusão aponta para a necessidade de estabelecer-se uma comunicação, um trabalho em conjunto entre o psiquiatra e o sociólogo (PRADO JÚNIOR, 1992).

Se considerarmos o ponto de vista do doente percebemos que neste a contradição referente ao tratamento se faz, igualmente, presente. A maioria das pessoas não entende a complexidade de seu organismo, pois, foram condicionadas a acreditar que só o médico sabe o que as deixou doentes e que a intervenção tecnológica é a única coisa que as deixará sadias de novo. Alguns médicos progressistas não conseguem mudar isto. Tentam relacionar, sem sucesso, as doenças com os hábitos de vida das pessoas, porque o modelo biomédico acaba sendo um dogma. Os pesquisadores médicos precisam entender que a análise reducionista do *corpo-máquina* não pode fornecer-lhes uma compreensão completa e

profunda dos problemas humanos. A pesquisa biomédica vai ter de se integrar em um sistema mais amplo de saúde, em que as manifestações de todas as enfermidades humanas sejam vistas como resultantes da interação corpo, mente e meio ambiente, e sejam estudadas e tratadas nesta perspectiva abrangente. A sociedade precisará ser reeducada, pois, em vez de enfrentar seu comportamento doentio à partir do exame de seu estilo de vida, prefere delegar ao médico e aos remédios toda a responsabilidade de sua saúde. Além disso, como sociedade, somos propensos a usar o diagnóstico médico como cobertura para problemas sociais. Preferimos falar de “hiperatividade” e “incapacidade de aprendizagem” de nossos filhos ao invés de examinarmos a inadequação das escolas; dizer que sofremos de “hipertensão” a mudarmos nosso mundo supercompetitivo dos negócios; aceitamos os aumentos nas taxas de câncer e não investigamos as indústrias químicas que envenenam os alimentos para aumentar seus lucros. Estes problemas extrapolam os limites da preocupação médica, daí a revolução com uma completa transformação social e cultural. Neste ponto, CAPRA (1996) refere-se a um movimento holístico e ecológico da saúde, atrelado a outros movimentos populares (grupos de defesa do meio ambiente, organizações antinucleares, grupos de defesa do consumidor, movimentos de liberação social) que compreenderam as influências ambientais e sociais sobre a saúde e estão comprometidos em opor-se e impedir a criação de riscos para a mesma através da ação política imposta verticalmente. A nova cultura que está emergindo compartilha uma visão de realidade que ainda está sendo discutida e explorada, mas que se espera

consolidará finalmente como um novo paradigma, destinado a eclipsar a visão de mundo cartesiana em nossa sociedade.

Neste contexto, ao longo dos anos, têm surgido propostas, na tentativa de integração dos diferentes saberes em Saúde Mental e da humanização das abordagens oferecidas aos doentes mentais. O presente trabalho, por exemplo, foi realizado em uma instituição psiquiátrica universitária que norteia sua prática em pressupostos biopsicossociais e que acredita na importância da reflexão e discussão das intervenções e no aprimoramento das relações interpessoais como elementos que propiciam condições para se lidar com o binômio saúde-doença de uma forma não alienada. Isto pode ser facilitado pela participação efetiva de seus elementos constituintes: usuários¹ e técnicos; configurando um trabalho centrado nas propostas de comunidade terapêutica (CAMPOS, 1986; CONTEL, 1989).

A noção de comunidade terapêutica surge em 1946, quando Main descreveu o trabalho dos psiquiatras do “grupo de Northfield” (Bion e Rickman, e mais tarde Foulkes) sob o título “Uma Comunidade Terapêutica”. No entanto, já em 1943, Bion e Rickman organizaram um grupo terapêutico constituído por soldados afetados por neuroses que participavam ativamente das decisões do setor onde se encontravam (BION, 1963; SCHITTAR, 1991).

Paralelamente, Jones ocupava-se das comunidades terapêuticas, enfatizando o trabalho em equipe e ressaltando que o princípio das mesmas estaria baseado no melhor relacionamento equipe-usuário, na maior

¹ As expressões usuário paciente e doente mental serão utilizadas indistintamente pelo autor.

participação destes em seu tratamento, na necessidade de desempenharem papéis sociais durante a internação e no reconhecimento da importância terapêutica do meio ambiente. Com seu trabalho, Jones tornou-se o mais representativo dos psiquiatras na área, sendo o seu método bem recebido e seguido por muitos (JONES, 1972; KAPLAN, 1984; ISHARA, 1998).

Outra forma de abordagem em comunidade terapêutica foi a preconizada por Laing e Cooper conhecida como “*antipsiquiatria inglesa*”. Com eles, foi abolida pela primeira vez em um hospital a distinção entre médicos, enfermeiros e doentes, deixando de lado o paternalismo, até que os últimos decidiram se organizar e ser agentes de suas vidas. Estas comunidades não tiveram suporte econômico do governo e não foram reconhecidas pelos órgãos governamentais, e, sendo assim, evoluíram para a extinção (SERRANO, 1986). Ainda a propósito da *antipsiquiatria*, PRADO JÚNIOR (1992), escreve que o discurso *antipsiquiátrico* romanceia a loucura, fazendo do louco apenas um *desviante* e do *desviante* um heróico combatente contra as normas arbitrárias instituídas pela sociedade. Quem passou pela experiência da loucura, segundo este autor, diz que não é bem assim; a loucura é sofrimento sim, e não há caráter criativo ou inventivo na mesma.

A comunidade terapêutica foi apontada como a solução dos problemas das instituições psiquiátricas, a estrutura em cujo seio deveriam ser encontradas as soluções para as contradições sobre as quais se debatia a psiquiatria institucional (manicomial). Esta última, por sua vez, questionada se pode ser reconhecida como portadora de vocação

terapêutica, ou meramente como instrumento de exclusão social e controle dos indivíduos que têm comportamento patológico (SCHITTAR, 1991).

Ao mesmo tempo, a partir da Segunda Guerra Mundial, surge uma nova tendência na psiquiatria, a Psiquiatria Comunitária. O local ideal para o tratamento deixa de ser o hospício. O usuário passa a ser atendido em seu meio, ou seja, com sua família, em sua casa, no seu bairro, em seu local de trabalho. O fundamento teórico desta modalidade de assistência é a Psiquiatria Social. Esta teoria transcende o somático e o psicológico, acrescentando conceitos das Ciências Sociais, da Antropologia e da Sociologia (BUSNELLO, 1976).

Segundo CERQUEIRA (1984), as tendências da Psiquiatria Social vão da psiquiatria de setor de Lebovicci-Paumelle à psiquiatria democrática de Basaglia; da psiquiatria preventiva de Caplan à psiquiatria administrativa de Clark; da psiquiatria compreensiva dos norte-americanos à psiquiatria comunitária defendida por muitos. De comum nestas tendências, observa-se: a concepção de etiologias e terapêuticas biopsicossociais; a prevenção em três níveis - primário, secundário e terciário; a centralização normativa e descentralização executiva, em decorrência dos princípios de regionalização, coordenação e integração; a consagração da equipe multiprofissional; a realização de atendimentos individuais e grupais; a adoção da teoria do inconsciente e dos mecanismos de defesa oriundos da psicanálise para a compreensão da conduta; a substituição do modelo médico-clínico exclusivo por uma abordagem da comunidade que inclua uma maior consciência social. As modalidades psicoterapêuticas adotadas,

apesar das diferenças, compartilham os pressupostos de uma relação emocional de confiança com uma pessoa que ajuda; um ambiente terapêutico que configura o profissionalismo do terapeuta e cria confiança no cliente; um esquema racional e modelo explicativo que justifica o problema do cliente e o procedimento; um ritual onde estão incluídos ambos (cliente e profissional) e que reforça a ação terapêutica, oferecendo novas expectativas e novas experiências de aprendizagem (CERQUEIRA, 1984; DELGADO, 1987; BASAGLIA, 1991; CUADRA & APALATEGUI, 1991).

A *desinstitucionalização* iniciada na Itália por Basaglia e sua equipe no hospital psiquiátrico de Gorizia, em Trieste, utilizada como modelo em vários países, já mostra nos mesmos evidências de dificuldades. Entre elas encontram-se a falta de apoio financeiro suficiente para criar serviços comunitários adequados; falta de formação dos técnicos; falta de preparo e engajamento da comunidade no acolhimento ao portador de distúrbio mental; divergências ideológicas entre os trabalhadores de saúde mental (integrantes das equipes interdisciplinares); e a falta de atendimento permanente a cada usuário e sua família.

A influência da *desinstitucionalização* tem repercutido em alguns serviços brasileiros. O objetivo programático principal é o de deter o fluxo de internações através de um sistema ambulatorial eficiente e da ampliação dos recursos intermediários entre o leito hospitalar e o ambulatório, como os hospitais-dia, hospitais-noite, pensões protegidas, centros de atenção psicossocial, núcleos de atenção psicossocial e as unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais (DELGADO, 1987; KINOSHITA, 1987;

ROTELLI & AMARANTE, 1992; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993; CAMPOS, 1997).

A reforma psiquiátrica no Brasil, segundo AMARANTE (1996) inicia-se na década de 70 com a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que no início propõe uma transformação genérica da assistência psiquiátrica, denunciando o modelo oficial de caráter predominantemente privatizante e *hospitalocêntrico*, elaborando “alternativas” inspiradas basicamente em propostas de redução de leitos e mesmo de fechamento de hospitais psiquiátricos. Como formas de *desinstitucionalização* conhecidas, encontramos, de acordo com o autor, a *desospitalização* (fechamento dos hospitais psiquiátricos), a *desassistência* (doente acaba ficando sem assistência especializada na comunidade) e a *desconstrução* (precursor para a cidadania – mudanças nas leis e normas referentes aos doentes mentais, começando por *desconstruir* a forma de relacionamentos dos mesmos na e com a sociedade). Ao nosso ver, o que conseguimos até o momento no nosso país foi: a *desospitalização* (na década de 90), cópia de um modelo americano já fracassado (para eles na década de 70) e que fez surgir lá uma nova realidade, a do doente mental sem lar (LAMB, 1992; LAMBERT, 1999); e a *desassistência*, ou seja, a entrega dos doentes a sua própria sorte, sem estrutura de serviços na comunidade para cuidar destes e de suas famílias. BLAYA (1979), por exemplo, em artigo sobre *Potencialidades e Vicissitudes nas Alternativas para a internação hospitalar do paciente previdenciário psiquiátrico*, apontava para a falta de modelos vivenciais no país. Propunha que o serviço

a ser criado em sua clínica, a partir do aprimoramento do hospital-dia e ambulatório existentes², oferecesse a integração de serviços, regionalização do atendimento e a coordenação do trabalho de assistência, entrosado com atividades de prevenção primária e, eventualmente, de reabilitação.

Seguiria a este momento, portanto, um passo no sentido de uma maturidade, com a busca da cidadania do doente mental. Os projetos de reforma no Brasil, no entanto, não são uniformes neste sentido. O sistema de saúde brasileiro, por fatores históricos, econômicos e políticos, não prioriza a saúde mental, portanto os serviços conhecidos por rede extra-mural de atenção perdem em espaço, ainda, para o hegemônico hospital psiquiátrico tradicional. Em 1987, como conclusão dos trabalhos da I Conferência Nacional de Saúde Mental, foram levantados os seguintes pontos: quanto ao modelo assistencial, inversão da tendência *hospitalocêntrica* e conseqüente estímulo aos sistemas extra-hospitalares; reafirmação para o trabalho multiprofissional e para a *desospitalização*; proibição da construção de novos hospitais e criação de substitutos; modificação na legislação, visando a cidadania do doente mental. Enquanto isto, a implementação de mecanismos de descentralização e cogestão de serviços psiquiátricos federais aconteceria com o repasse gradativo de recursos previdenciários para serviços ambulatoriais estaduais e municipais até a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, o tema foi *A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania*, discutido por usuários, familiares, trabalhadores da

² Estes serviços funcionaram até 1989, quando foram fechados por problemas econômicos.

saúde mental e segmentos da sociedade. No contexto atual de consolidação democrática do país, aponta AMARANTE (1996), a luta pela cidadania é geral e compartilhada por setores da sociedade civil, a partir de várias questões como a cidadania das mulheres, das crianças, dos negros, dos povos da floresta.

O hospital-dia psiquiátrico (HD), onde o presente estudo se insere, é uma das alternativas entre a hospitalização integral e o ambulatório. Oferece aos usuários a possibilidade de tratamento intensivo, sem ênfase no leito, incluindo a família e o ambiente no tratamento, e visualizando o hospital como o local onde o processo terapêutico tem apenas início. As primeiras experiências de HD no mundo Ocidental foram as de Cameron em 1946 (Canadá), e de Bierer em 1948 (Reino Unido). Este último define o HD como *“um lugar onde uma tentativa é feita para tornar utilizável, na medida do possível, todo o tipo de tratamento intra-muro, juntamente com as vantagens desfrutadas pelos pacientes extra-muro”* (Bierer apud FURTADO, 1994, p.17). A hospitalização parcial é, portanto, modelo de tratamento anterior ao movimento de desinstitucionalização (BLAYA, 1960; BLEANDONU & DESPINOY, 1974; DIBELLA et al., 1982; CAMPOS, 1986; ZUSMAN, 1992; FURTADO, 1994; CAMPOS, 1997).

O HD, de acordo com FURTADO (1994), nasceu da relação entre tratamento e cura, tendo por princípio fundamental o da igualdade na diferença e a liberdade do valor individual, sendo a atmosfera ambiental fator de importância para técnicos e clientes na eficácia do tratamento oferecido. O usuário de HD, segundo ODA et al. (1995), geralmente, é envolvido

como participante ativo de uma comunidade terapêutica, a qual reproduz um microcosmo social, onde as atividades terapêuticas são organizadas, racionalizadas e integradas, sejam elas sociais (aniversários, almoços festivos), recreacionais (jogos), artísticas (cinema, teatro, coral), ou ocupacionais do dia a dia (colaboração nas rotinas hoteleiras).

Os Americanos mostram como exemplo o acompanhamento em regime de semi-internação de uma nova clientela, fruto da *desospitalização* efetuada em seu país, que é a do doente mental sem lar (considerado por eles, inclusive, como problema de saúde pública). KASS et al. (1992) propõem o tratamento dos mesmos em hospitais-dia com programas de intervenção psicossocial, incluindo colocação em locais residenciais apropriados e tratamentos somáticos. Os autores consideram esta assistência melhor que a oferecida pelos hospitais, clínicas e serviços de urgência, que podem ser experienciados como coercivos. O trabalho com uma equipe de profissionais que tenham afinidade cultural com esta população é considerado como facilitador do processo terapêutico.

A criação de novos hospitais-dia, no entanto, traz consigo preocupações, pois, de acordo com ODA et al. (1995), a cultura “hospitalocêntrica do asilamento” pode usar o HD para renascer. Este tipo de serviço pode ser visto, pelo lado estritamente financeiro, como um bom negócio, mantendo, persistentemente como antes, o doente mental crônico na comunidade. Não basta estes novos hospitais diurnos funcionarem como “asilos abertos”, em substituição aos “asilos fechados”. Este risco pode ser

contornado, com avaliações e fiscalizações periódicas (auditorias) sobre a qualidade destas instituições.

A experiência brasileira com internação parcial é como as outras, também, anterior ao movimento de *desinstitucionalização*. Ferrão, em 1954, inaugurou, em São Paulo, uma unidade de internação psiquiátrica em hospital-geral, onde mais tarde alguns dos pacientes ficaram em regime de internação parcial diurna. Em 1961, Blaya na Clínica Pinel de Porto Alegre, e Azoubel Neto no serviço de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) iniciaram o trabalho no modelo do HD, em regime de comunidade terapêutica, como propostas independentes e desvinculadas da política de Saúde Mental vigente. O último serviço citado funcionou até 1967, interrompendo suas atividades por questões internas da FMRP-USP. Após sete anos, em 1974, a reabertura do serviço foi possível graças a um convênio entre a Universidade de São Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde. Esta parceria tinha a finalidade de modernizar o atendimento em saúde mental aplicando verbas em programas de preferência extra-hospitalares. (BLAYA, 1962; CAMPOS, 1986, 1997; CONTEL, 1991, 1997; ZUSMAN, 1992; TAPIA et al., 1997). No entanto, segundo CONTEL (1997), com o encerramento do convênio em 1977, as instalações e o material permanente do HD, de propriedade da Secretaria da Saúde, foram doados para a FMRP-USP e os recursos humanos gradualmente substituídos pelo seu novo patrocinador, o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Este HD funciona até hoje sob a coordenação de Contel.

As diretrizes e normas para funcionamento da hospitalização parcial no Brasil só foram estabelecidas 30 anos após as primeiras experiências deste tipo no país, na Portaria 224 de 1992, a qual regulamenta o modelo biopsicossocial e multidisciplinar para todo e qualquer HD financiado com dinheiro público (CAMPOS, 1997; CONTEL, 1997).

Os modelos de tratamento extra-murais, com a política mais democrática das comunidades terapêuticas como encontramos nos HD, têm adotado o trabalho em equipe interdisciplinar de saúde mental. Na tentativa de abandonar a visão dicotomizada do indivíduo e reconhecê-lo e tratá-lo como um ser integral através do enfoque bio-psico-social esta abordagem tem sido prática comum nos serviços psiquiátricos. Este tipo de trabalho é geralmente percebido como tendo vantagens substanciais sobre os que não visam aproximar os diferentes profissionais que atuam neste campo e tem efeitos sobre o usuário no seu contato com a realidade, no fortalecimento do seu ego e na própria identidade pessoal.

Para o funcionamento interdisciplinar é necessário ter como veículo a equipe, definida como um grupo de profissionais de várias especialidades (psiquiatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, auxiliares, estagiários e outros) que se unem em função de um objetivo comum, partilhando responsabilidades para levar a cabo as tarefas clínicas e outras do serviço de saúde onde estão inseridos (BLOOM & PARAD, 1976; CONTEL et al., 1977; CATROPA & MASSA, 1987; STAHELSKI & TSUKUDA, 1990; YLLA-SEGURA, 1990; BUTTERILL et al., 1992; CAMPOS, 1992; GOULART, 1992; CONTEL, 1997).

BLOOM & PARAD (1976) lembram, também, que a equipe exibe diferentes modelos de organização: o unidisciplinar, no qual membros de uma mesma profissão trabalham juntos, discutindo todo o planejamento com base nos mesmos conhecimentos técnicos; o multidisciplinar, onde membros de diversas disciplinas se encontram no mesmo local de trabalho, interagindo mais ou menos informalmente com ou tolerando uns aos outros; e o interdisciplinar (considerado o ideal pelos autores), contando com membros de diferentes especialidades intencionalmente envolvidos em arranjos de equipes formais que maximizam oportunidades para trocas educativas e dedicação na execução das tarefas. Neste último modelo, é necessário respeitar alguns princípios gerais de funcionamento, segundo proposto por Brill apud BLOOM & PARAD (1976), começando por saber que como a equipe é um grupo de pessoas possuidoras de conhecimentos técnicos particulares, cada uma das quais responsável por tomar decisões individuais, que juntas visem um propósito comum; sendo essencial que se reunam para comunicar, colaborar e unir conhecimentos, que permitam a definição e execução de ações e decisões futuras.

A prática interdisciplinar em Saúde Mental pressupõe a integração dos componentes da equipe, pois, isto pode constituir uma variável favorecedora ou não do sucesso das intervenções. Na busca de uma melhor integração de um grupo de trabalho como este valoriza-se a distribuição do poder, a importância à troca de conhecimentos, a responsabilidade, as trocas afetivas, a comunicação clara (e não contraditória), a discussão e planificação de trabalho, e a autocrítica e avaliação periódica de resultados e

de relacionamentos interpessoais (pelo próprio grupo e/ou com auxílio de um supervisor técnico). A permeabilidade dos profissionais que compõem a equipe e, portanto, a própria saúde mental dos mesmos para a execução das tarefas e para tolerar as frustrações pessoais e do grupo frente a realidade da clientela, das próprias condições da assistência possibilitadas e dos recursos familiares e da comunidade, são condições favorecedoras ou não deste tipo de atividade e necessitam a atenção de todos, do grupo e de suas lideranças. As reuniões regulares da equipe são, desta forma, importantes para o sucesso do programa. Ao se viabilizarem discussões clínicas e teóricas, aumenta-se a capacitação técnica e coesão dos profissionais, otimizando a execução das tarefas e o funcionamento do serviço (JAPIASSU, 1976; SCHUTZ, 1978; BLEGER, 1987; LAPASSADE, 1989; MAILHIOT, 1991; CAMPOS, 1992; SARACENO, ASIOLI & TOGNONI, 1994; ODA et al., 1995; CONTEL, 1997; MOSCOVICI, 1997; SCHERER & CAMPOS, 1997, 1998).

Como aspecto importante no funcionamento em equipe encontramos as relações de poder. Para Aristóteles, Grotius e Hobbes (apud ROSSEAU, 1998), *os homens não são naturalmente iguais, mas nascem uns para a escravidão e outros para o domínio*. Prevaleceria, também, o direito do mais forte. A força, contudo, não faz o direito, pois, se assim fosse bastaria agir para ser o mais forte. ROSSEAU (1998) introduz a noção de pacto social que compreende o compromisso de que aquele que se recusar a obedecer a vontade geral a isso será constrangido por todo o corpo (sociedade). O pacto em vez de destruir a igualdade natural, ao contrário, acrescenta uma

igualdade moral e legítima àquilo que a natureza poderia trazer de desigualdade física entre os homens, e, podendo ser desiguais em força ou em talento, todos se tornam iguais por convenção e de direito. Na realidade, porém, as leis são sempre úteis aos que possuem e prejudiciais aos que nada têm.

Estudando o nascimento das prisões, FOUCAULT (1986) em seu livro *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*, mostra aspectos específicos das relações de poder e de saber do hospital. Segundo este autor, no século XVII o médico vem de fora, juntando a sua inspeção vários outros controles (religiosos, administrativos), não participando da gestão cotidiana do hospital. Pouco a pouco a visita foi se tornando mais regular. A inspeção descontínua e rápida, transforma-se em uma observação regular que coloca o doente em situação de exame quase perpétuo. Como conseqüências, o médico passa a suplantar as cuidadoras (religiosas) na hierarquia interna e a lhes confiar um papel determinado, subordinado na técnica do exame; aparece a categoria do enfermeiro; o hospital de local de assistência passa a ser local de formação e aperfeiçoamento científico – reviravolta das relações de poder e constituição de um saber. O exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. Estabelece-se um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Na técnica de exame estão comprometidos todo um campo de saber, todo um tipo de poder.

Por intermédio das disciplinas aparece o poder da norma que veio no século XVIII unir-se a outros poderes: o da lei, o da palavra e do texto, o da

tradição. Graças ao aparelho da escrita que acompanha o do exame abrem-se duas possibilidades. O indivíduo passa a ser visto como objeto descritível, analisável, com o objetivo de mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias, sob o controle de um saber permanente. Por outro lado, constitui-se um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si e sua distribuição numa população. No entanto, de acordo com FOUCAULT (1986), temos que deixar de descrever sempre os efeitos do poder em termos negativos: ele exclui, reprime, recalca, censura, abstrai, mascara, esconde. Na realidade o poder produz, produz realidade, produz campos de objetos e rituais de verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter originam-se nesta produção.

Comparando unidades de clínica médica de um hospital universitário e de um não universitário, CARAPINHEIRO (1993) concluiu, após análise da autonomia, especialização e constituição de clientela para cada serviço estudado, que não restam dúvidas sobre o estatuto superior da instituição universitária na hierarquia das posições relativas de poder dos serviços hospitalares. De forma simultânea, hierarquizam-se serviços, especialidades e doentes, de acordo com uma implícita racionalidade social, dissimulada na racionalidade científica e técnica com que se justifica a especialização da instituição. A posição relativa de poder de cada serviço é largamente determinada por formas estratégicas do poder médico.

CARAPINHEIRO (1993) prossegue sua análise apresentando os fundamentos e formas de poder médico no hospital. Ao longo da formação médica organizam-se os traços constitutivos de sua pertença ao corpo social e profissional hospitalar, através de uma formação universitária longa, continuamente acompanhada do valor da responsabilidade médica, elemento de eleição na distinção das práticas médicas das práticas não médicas: médicos e aprendizes face aos outros técnicos. A extensão e os limites da autoridade e responsabilidade do pessoal não médico são definidos a partir da responsabilidade e autoridade dos médicos. Entre os desacordos, encontram-se problemas como a definição da distribuição dos leitos e a avaliação da melhora dos doentes.

CARAPINHEIRO (1993), em seu estudo, observa a nítida separação entre os professores da carreira básica e os das carreiras clínicas. Nas ideologias hospitalares, segundo a autora, os médicos encarnam as ciências, na dimensão de produção de conhecimentos sobre as doenças e da introdução de meios de trabalho científico que implicam no consumo de novos equipamentos médicos industriais. A ideologia hospitalar de humanização e reintegração termina por ser atributo ou competência dos profissionais ligados aos cuidados subsidiários dos cuidados médicos.

Das estratégias de poder dos médicos, passando pelas estratégias de revalorização profissional dos enfermeiros e indo até as estratégias de sobrevivência individual dos doentes, hierarquizam-se os saberes correspondentes, desde o saber central dos médicos ao saber periférico dos enfermeiros e ao saber profano dos doentes. Os dois primeiros são os

saberes operatórios que consubstanciam diferentes estratégias profissionais, de poder dos médicos e de autonomia face ao não poder dos enfermeiros que tem seu poder denunciando no hospital como um subpoder. O último saber, o dos pacientes, é o saber último, incompetente em estratégias, mas competente em estratagemas, podendo se converter em poder nas relações sociais das enfermarias (CARAPINHEIRO, 1993).

O trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental é tema já bastante explorado na literatura nacional e internacional. As reuniões periódicas nos serviços são claramente consideradas como importantes pelos diferentes estudiosos de equipes, conforme exposto. No entanto, as pesquisas que tenham como objetivo estudar as reuniões propriamente ditas são escassas na literatura mundial. Até a conclusão da presente dissertação de mestrado não encontramos referência indexada de trabalho brasileiro sobre este tema.

Os achados acima, aliados à experiência vivenciada no HD nos possibilitaram o reconhecimento da importância das reuniões para o serviço. A reunião de equipe geral (REG), especialmente, despertou nossa atenção pelo fato de contar com a participação de dois grupos, multidisciplinares em si, um de profissionais permanentes e o outro de aprendizes. Motivados pelo experienciado, mobilizamo-nos, portanto, no sentido de buscar elementos que permitissem estudar e conhecer melhor o funcionamento das REG no contexto do HD, para o que procuramos subsídios nesta dissertação de mestrado.

OBJETIVOS

1. Caracterizar as reuniões de equipe geral (REG) do Hospital-dia da disciplina de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HD) quanto à temática, participação verbal dos integrantes da equipe e utilização do tempo.

2. Descrever como as mesmas estão inseridas no contexto do HD em questão.

3. Levantar subsídios que possibilitem um melhor entendimento e utilização das REG no contexto do serviço estudado e fora dele.

MÉTODO

Breves considerações metodológicas

Segundo MINAYO (1999), ao se desenvolver uma proposta de investigação ou até mesmo no desenrolar das etapas de uma pesquisa, vamos reconhecendo a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, face ao tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho. Certamente, qualquer pesquisa social que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo.

A abordagem quantitativa funda-se na freqüência de aparição de certos elementos da mensagem. Já a análise qualitativa, recorre a indicadores não *freqüenciais* susceptíveis de permitir inferências; por exemplo, a presença (ou ausência), pode constituir um índice tanto (ou mais) frutífero quanto a freqüência de aparição (BARDIN, 1977).

Segundo PEREIRA (1999, pg. 25), *o dualismo entre abordagens racional e experimental chega aos dias de hoje na oposição entre pesquisas qualitativas e quantitativas*. Contudo, nem a primeira está isenta de quantificação nem a segunda renuncia o raciocínio lógico. As duas são

métodos alternativos para a pesquisa, e a denominação qualitativa ou quantitativa não delimita para as mesmas objetos qualitativos e quantitativos, nem tampouco paradigmas científicos distintos. Ambas podem interessar-se por qualquer objeto. A identidade de cada uma expressa-se no campo dos métodos e não dos objetos.

PATTON (1983) mostra que os pesquisadores que usam métodos qualitativos procuram entender os fenômenos e as situações como um todo; tentam entender os programas como um todo. Esta abordagem holística, segundo este autor, presume que o todo é maior que a soma de suas partes e supõe que a descrição e entendimento do contexto de um programa é essencial para entendê-lo. Assim, prossegue, estudar e medir as partes de uma situação, levantando dados sobre variáveis isoladas, escalas ou dimensões, seria simplificar em demasia. PEREIRA (1999) complementa com a observação de que a abordagem qualitativa é a que viabiliza, pelo menos, o primeiro reconhecimento do objeto e, eventualmente, pode instrumentalizar para um estágio seguinte.

O método qualitativo de pesquisa tem estratégias próprias para o seu desenvolvimento. A estratégia de avaliação provê direção básica para o avaliador e fornece orientação ao selecionar técnicas específicas ou práticas metodológicas para cenários específicos. Constitui, portanto, um plano de ação (PATTON, 1983).

Entre as estratégias disponíveis encontramos a pesquisa naturalística. Willems & Raush apud PATTON (1983, p.41) definem a pesquisa naturalística como sendo *a investigação do fenômeno dentro e com relação*

ao contexto natural de ocorrência. Sobre este tipo de pesquisa PATTON (1983) prossegue mostrando que o investigador não tenta manipular o cenário do estudo. O ambiente pesquisado é um evento que se processa naturalmente, um programa, um relacionamento, ou uma interação que não tem um curso predeterminado estabelecido pelo e para o pesquisador; a pesquisa naturalística seria uma abordagem de “descoberta orientada”. Portanto, o ponto chave de uso do método qualitativo é entender fenômenos de ocorrência natural em seus estados naturais.

O contraste com a pesquisa experimental, de acordo com PATTON (1983), reside no fato do pesquisador neste caso atentar para o controle do estudo, manipulando, trocando, ou evitando influências externas constantes e medindo um limitado grupo de variáveis. De uma forma simplificada, o pesquisador experimental entra no projeto em dois momentos, no pré-teste e no pós-teste, e compara o grupo todo com algum grupo controle partindo de medidas estandardizadas. Estes estudos supõem um tratamento simples, identificável, isolado e mensurável. Mais ainda, supõem que, uma vez introduzido, o tratamento permaneça relativamente constante e sem mudanças. Já a pesquisa naturalística utiliza-se de uma avaliação dinâmica, não presa a um tratamento simples e metas ou resultados predeterminados, mas focada na operação atual e impactos de um programa em um período de tempo. O avaliador parte para entender e documentar a realidade do dia a dia do ambiente de estudo, sem fazer tentativas de manipular, controlar ou eliminar variáveis de situação, admitindo a complexidade de uma mudança naquilo que foi programado.

A estratégia escolhida para a execução do presente estudo foi a pesquisa naturalística. O procedimento utilizado foi a observação com o registro dos dados em protocolos específicos durante as reuniões, utilizando-se para tal categorias definidas através de análise de conteúdo na fase piloto do trabalho e o registro das impressões do observador, contendo os sentimentos e opiniões sobre cada REG e sobre o papel e desempenho do coordenador da mesma.

Como aponta MOSCOVICI (1997), a importância da capacidade de observação, que é sistematicamente treinada, reside no fato do pesquisador não ser um mero espectador que visa obter dados valiosos para a compreensão dos processos grupais e aperfeiçoamento da própria participação como integrante de grupo. Através deste procedimento de pesquisa, com o auxílio de roteiros de observação (neste estudo, protocolos de registro), é possível focalizar os seguintes aspectos:

- a. conteúdo versus processo – o que o grupo está falando ou como se comunica;
- b. processo de comunicação – quem fala e quanto;
- c. processo decisório – agenda autodelegada, consenso;
- d. papéis funcionais dos membros – comportamentos de tarefa e de manutenção, construtivos e não construtivos;
- e. metabolismo grupal – nível energético, ritmo de atividade, clima socio-emocional.

Conforme será visto, na fase piloto do projeto, procedemos a uma análise de conteúdo seguindo as orientações de BARDIN (1977). Como

unidade de registro, ou seja, a unidade de significação a codificar (transformar a partir dos dados brutos de um texto para atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão), escolhemos o tema, entendido como a afirmação acerca de um assunto, o “núcleo de sentido” de uma comunicação. Assim, o critério utilizado no estudo foi o semântico, com as categorias temáticas. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero. As qualidades do conjunto de categorias são:

1. exclusão mútua – cada elemento não pode existir em mais de uma divisão;
2. homogeneidade – um único princípio de classificação deve governar a organização das categorias;
3. pertinência – deve estar adaptada ao material de análise escolhido, e pertencer ao quadro teórico definido;
4. objetividade e fidelidade – as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises;
5. produtividade – conjunto de categorias fornecendo resultados férteis em índices de referência, em hipóteses novas e em dados exatos.

Caracterização da situação de estudo

Sobre o HD da FMRP-USP

Na época em que o estudo teve início, o HD da FMRP-USP, prestava assistência a 16 usuários maiores de quinze anos, em regime de semi-internação psiquiátrica, encaminhados por outros setores do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, de outros serviços psiquiátricos, de ex-pacientes e/ou seus familiares que o recomendam a pessoas da comunidade. O atendimento era diário, de segunda a sexta-feira, das 7:30 h as 16h. Eram oferecidas atividades programadas, tais como grupos operativos (do tipo de comunidade terapêutica), terapias sociais, entrevistas e reuniões familiares, psicoterapia individual, terapia ocupacional, atividades físicas, atividades recreativas, reuniões educativas, reuniões comunitárias e atividades desenvolvidas por pessoas voluntárias no serviço (coral e yoga). Mantinha, ainda, atendimento ambulatorial de pós-alta imediato, com consultas semanais, por um período de 3 meses e um grupo de longo prazo com encontros semanais voltado para a reintegração social de 12 egressos do hospital-dia.

A organização e o funcionamento do serviço estudado, baseiam-se, predominantemente, nos pressupostos de comunidade terapêutica e da psiquiatria dinâmica. Procura-se ver a pessoa com distúrbio mental como um

ser incluído dentro de um grupo, o familiar, e este em um contexto maior. A equipe multiprofissional envolvida no tratamento procura atuar de forma interdisciplinar, favorecendo o trabalho no campo interpessoal, tanto no gerenciamento técnico, como na assistência aos usuários (CAMPOS, 1986; CONTEL, 1991).

Por tratar-se de uma instituição universitária este HD está também voltado para o ensino e a pesquisa, havendo treinamento em serviço para profissionais de áreas relacionadas à Saúde Mental que estagiam no local. Configura-se, assim, a existência de dois grupos, o fixo e o flutuante, e de outras funções além da assistência: o ensino e a pesquisa (CAMPOS, 1988, 1997). O primeiro grupo é constituído pelos profissionais que compõem a equipe permanente de trabalho, enquanto o segundo é composto por técnicos já graduados que passam pelo serviço cumprindo requisitos de programas específicos de especialização ou de pós-graduação no campo da Saúde Mental e eventuais estudantes de graduação.

No HD da FMRP-USP a presença de estagiários torna fundamental uma boa articulação entre estes e a equipe fixa. A propósito, desde 1974, os dois grupos se reúnem uma vez por semana, durante uma hora, em uma reunião conhecida como “reunião de equipe geral” (REG), para tratar de assuntos administrativos, de relacionamento interpessoal e de conduta junto aos pacientes. Entre os objetivos específicos da reunião destacam-se: visualizar e avaliar o trabalho em equipe; trabalhar conflitos emergentes; promover maior integração entre o grupo fixo e o de estagiários; estabelecer trocas entre os dois grupos; discutir condutas com a participação de um

número maior de profissionais do serviço; e fazer a avaliação dos estágios com a presença de todos os técnicos do HD. Ao longo de sua atividade, a equipe fixa foi sentindo a necessidade de ter um espaço próprio para discutir assuntos burocráticos e administrativos, trabalhar conflitos entre setores, fortalecer-se enquanto grupo que sustenta o serviço e manter um espaço para refletir sobre sua prática. Para tanto, vem se reunindo semanalmente, por uma hora, desde 1987, em uma reunião chamada de “reunião de equipe fixa” (REF). Mais recentemente, desde 1992, vem acontecendo uma reunião denominada “reunião comunitária” (RC), semanal, com uma hora e meia de duração, composta por todos os integrantes do hospital: usuários e equipes fixa e flutuante. Os objetivos da RC são: favorecer uma melhor organização da comunidade; aproximação maior entre pacientes, equipe fixa e estagiários; promover o alívio de tensões entre os grupos; buscar uma dimensão mais social e coletiva para questões particulares. Estas três reuniões constituem o eixo de sustentação do serviço, e delas depende, em muito, o andamento da proposta de trabalho (CAMPOS, 1988; CAMPOS & CONTEL, 1996).

Ainda como achado relevante sobre as reuniões do HD, encontramos o resultado do levantamento retrospectivo feito por LAMBERT (1999), quando da execução de sua dissertação de mestrado, onde a autora registrou no período de 1987 a 1996 (10 anos) a presença da transcrição de 456 REF e de 437 REG.

Sobre a Reunião de Equipe Geral

A Reunião de Equipe Geral (REG) do Hospital-dia da disciplina de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HD) é realizada semanalmente, na sala de reuniões do serviço, com uma hora de duração, com coordenação que segue escala predeterminada e que conta com a participação dos integrantes da equipe fixa e flutuante. Ao coordenador compete a responsabilidade pela estrutura e funcionamento da REG, cabendo-lhe delimitar o tempo e mediar as discussões, propiciando a participação dos interessados de forma democrática. O tempo inicial de dez minutos é destinado para comunicação de avisos e escolha dos temas que serão desenvolvidos nos cinquenta minutos restantes. Existe um acordo entre os componentes da equipe do HD para que o número de assuntos agendados fique limitado ao máximo de três por encontro. O objetivo da reunião é facilitar a articulação dos estagiários com a equipe fixa. Os assuntos tratados são referentes a questões administrativas, de relacionamento interpessoal e de conduta junto ao usuário³.

No que se refere à participação, um membro da equipe fixa não o faz rotineiramente. O médico residente de terceiro ano não participou das reuniões na época do estudo. Portanto, neste trabalho, os dois não foram computados como participantes das REG.

³ Alguns participantes das REG nos relataram de forma oral e informal que têm percebido uma tendência, ao longo dos anos, de subutilização do espaço assegurado pela reunião.

A equipe fixa constituiu-se de 11 integrantes: dois docentes psiquiatras (que respondiam pela direção clínica do serviço), um médico psiquiatra assistente, dois enfermeiros, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um recreacionista, dois auxiliares de enfermagem e um auxiliar administrativo. A maioria destes profissionais trabalhavam no serviço já há cerca de 10 anos ou mais, com exceção do médico psiquiatra assistente e da terapeuta ocupacional que haviam ingressado há menos de dois anos no mesmo, e da assistente social que se aposentou e foi substituída durante os procedimentos de coleta de dados desta pesquisa.

Os estagiários eram em número de 8 a 9 componentes, seguindo escalas definidas em cada programa específico de formação quanto ao tempo de permanência no serviço. Compunham esta categoria, três ou 4 médicos residentes, um aprimorando de psicologia, um aprimorando de serviço social, um aprimorando de terapia ocupacional, um pós-graduando (nível pós-doutorado) e um estagiário de graduação de terapia ocupacional.

Participaram, eventualmente das REG, profissionais de outros serviços do Hospital das Clínicas da-FMRP-USP e de outras instituições como convidados ou visitantes do HD, designados de “visitantes” neste trabalho.

Caracterização dos procedimentos de pesquisa

O consentimento para a realização deste trabalho foi feito pelo autor junto à equipe do HD no próprio espaço de uma reunião geral do serviço. Neste encontro estavam presentes os componentes do grupo fixo e dos estagiários. Tal consentimento foi prontamente dado e acordado entre as partes envolvidas e registrado em ata nesta mesma REG.

Participaram do estudo como observadores das reuniões o autor do mesmo e uma psicóloga, ambos ex-estagiários do HD. Como colaboradores no registro de dados complementares referentes ao cotidiano do HD contou-se com o auxílio de uma enfermeira e uma auxiliar administrativa integrantes da equipe fixa do serviço.

Fase Piloto:

Esta fase teve como objetivos a elaboração do protocolo de registro a ser utilizado durante a observação das reuniões de equipe geral e o treinamento dos observadores.

- Elaboração do protocolo de registro das reuniões:

Foi feita, inicialmente, uma pesquisa de arquivo com a revisão de material constante em livros de atas de REG do HD no período de um ano compreendido entre 09 de setembro de 1993 e 15 de setembro de 1994, contemplando um total de quarenta e quatro reuniões registradas. Procedeu-se a análise de conteúdo destes dados para a definição das categorias de avisos e assuntos e estabeleceu-se um código próprio a cada uma (anexo A) para registro durante a coleta de dados deste estudo. Ainda nesta fase, as categorias e seus respectivos códigos foram testados quanto ao seu conteúdo e abrangência.

Para cada participante das REG foi atribuído um código utilizado no registro.

O protocolo propriamente dito (anexo B) foi elaborado contendo células onde foram anotados os códigos citados, correspondendo cada linha a um intervalo de tempo definido.

Quanto ao intervalo de tempo, foram testados 15 segundos, 30 segundos e um minuto, tendo sido considerado o de 30 segundos o mais

adequado para o estudo. Para delimitar tais espaços de tempo nas diferentes fases da pesquisa, foi utilizado um gravador com sinal sonoro indicando cada intervalo para os observadores, simultaneamente.

Outro protocolo foi acrescentado para registrar a frequência dos participantes nas REG (anexo C), com espaço para preenchimento pelos observadores no início e final de cada reunião.

- Treinamento dos observadores:

As reuniões desta fase piloto (10, no período de setembro até novembro de 1994) foram gravadas com uma câmara de filmar ligada apenas no áudio, pois, este foi o instrumento que melhor captou as vozes dos participantes. Tais gravações constituíram um recurso importante no treinamento dos observadores, considerados aptos na medida em que o material registrado contemplou o gravado em acordo mínimo de 80 %.

Após cada REG os observadores reuniram-se para calcular o percentual de acordo nos registros feitos durante a reunião e para poderem ser considerados aptos para a coleta de dados propriamente dita, seguindo os seguintes passos:

1º - a fita gravada foi ouvida pelos dois em conjunto, sendo que cada um comparou o que registrou na REG com a gravação, anotando em separado os desacordos;

2º - comparação do registro dos observadores, observando os códigos dos integrantes e das categorias de avisos e assuntos, anotando os desacordos;

3º - soma das categorias de avisos e assuntos e dos desacordos anotados com cálculo simples do percentual em que houve acordo;

4º - soma dos registros dos códigos dos integrantes e dos desacordos com cálculo simples do percentual de acordo;

5º - soma dos percentuais de acordo dos itens 3º e 4º com cálculo de sua média por reunião.

O percentual médio de acordo foi maior do que 80 % em todos os registros feitos nas REG desta fase piloto, com o que os observadores puderam ser considerados aptos a procederem a coleta de dados, sem o auxílio da câmara de filmar.

Os observadores tiveram seu trabalho nesta fase piloto supervisionado pela orientadora da pesquisa.

Coleta de Dados propriamente dita:

Esta fase compreende a coleta de dados das 21 reuniões pelos dois observadores e a coleta de dados das situações do dia a dia pelos dois colaboradores.

- Coleta dos dados das reuniões

Inicialmente, optou-se em coletar os dados referentes a 25,0 % das reuniões de equipe geral que ocorrem durante um ano no serviço, o que corresponderia a um período de três meses (aproximadamente 12 REG). No entanto, considerando-se as mudanças dos estágios, decidiu-se por um registro contínuo de vinte e uma reuniões, feito no período de setembro de 1995 até fevereiro de 1996 (totalizando 6 meses) que contemplasse os diversos movimentos da equipe.

Na coleta de dados os registros passaram a ser feitos sem o auxílio da câmara de filmar. Os observadores registraram os códigos dos participantes e das categorias temáticas no protocolo definido na fase piloto, bem como a frequência dos componentes da equipe fixa e estagiários no início e término de cada REG. Logo ao término de cada reunião, anotaram suas impressões sobre a mesma e sobre a coordenação. Estes protocolos e impressões escritas ficaram com o autor do estudo após cada encontro. De posse deste material, o autor continuou a medir o acordo após cada observação, conforme explicado na fase piloto, a partir do 2º passo descrito.

- Coleta de dados das situações do dia a dia

Foi elaborada e entregue a cada participante das REG, antes do início da coleta de dados, uma carta (anexo D) solicitando a colaboração dos mesmos no sentido de informar a enfermeira sobre as situações diárias ocorridas no serviço no período que antecedeu a cada reunião. Como alternativa foi disponibilizada uma urna para depositar informações escritas sobre este tópico.

Os colaboradores entregaram ao autor do trabalho os registros que fizeram nos dias que antecederam cada REG, bem como as anotações feitas e depositadas na urna, em envelope lacrado, ao final de cada reunião. Este material só foi aberto para exame após o término dos trabalhos de coleta de dados.

Tratamento dos Dados:

O que se busca em um processamento que instrumentalize a análise, de acordo com PEREIRA (1999), é a redução de *dimensionalidades*, ou seja, após ter observado seu objeto em toda sua complexidade por meio de diferentes medidas, interessa ao investigador ter uma medida geral que lhe permita alguma conclusão para seu estudo.

No presente trabalho de pesquisa, as categorias temáticas foram codificadas com a finalidade de facilitar seu registro durante a coleta dos dados, conforme já apresentado na discussão do método. Finalizada a fase de coleta de dados, de posse do material coletado durante as observações realizadas nas 21 REG objetos deste estudo, foram iniciados os procedimentos de tratamento dos dados.

Para a organização dos dados referentes à temática presente nas reuniões, partindo dos registros de cada encontro feitos em protocolos específicos, procedeu-se ao levantamento numérico simples de frequência de ocorrência de avisos e assuntos, relacionando cada categoria com o respectivo subgrupo profissional da equipe informante ou proponente (a partir dos códigos de registro). Ainda, especificamente sobre os avisos, foram apontados os que se transformaram em assuntos. Com estes dados organizados por REG construiu-se Tabelas com as variáveis estudadas, categorias temáticas e subgrupos profissionais da equipe do HD, apresentando as frequências de ocorrência em números totais e percentuais.

Para apresentar os dados registrados pelo enfermeiro sobre as situações do dia a dia do serviço, os mesmos foram submetidos a análise de conteúdo com base nas categorias já existentes de avisos e assuntos com o intuito de poder avaliar a correspondência entre estes dados e os registros feitos nas REG. O registro prévio à primeira reunião não foi feito e, portanto, a análise partiu da segunda. Além disso, ao longo do exame do material colhido durante as semanas pelos dois colaboradores, percebeu-se a existência de uma nova categoria, a qual foi denominada de “Programa de Saúde Mental (PSM)” e definida como a articulação do serviço com outros programas de saúde mental e/ou participações outras na comunidade (escolas, locais de trabalho). Esta aparece em um período específico que antecedeu a décima segunda REG. A partir destes dados foi construída e apresentada nos resultados uma Tabela de correspondência entre os avisos, assuntos e situações do dia a dia.

Os dados referentes a visitas recebidas pelo HD, colhidos pela auxiliar administrativa foram apresentados de forma descritiva.

Os registros sobre a participação dos integrantes da equipe e a utilização do tempo foram organizados da seguinte maneira: 1. A frequência nas REG foi levantada e apresentada em percentuais totais, dividindo a equipe em grupo fixo e flutuante, conforme presença registrada pelos observadores em cada reunião; 2. O aproveitamento do tempo com comunicações verbais foi apresentado de duas formas, uma com uma Figura (gráfico) de participação verbal dos integrantes nas reuniões, constando as 21 reuniões no eixo das abscissas e o tempo de expressão verbal nas

ordenadas, sendo as curvas representadas pelos subgrupos dos participantes; e a outra com o resultado descrito do cálculo em termos percentuais totais, a partir da soma simples do tempo de participação verbal em cada REG, considerando o silêncio, os visitantes e a equipe dividida em fixa e flutuante; 3. A distribuição do número de assuntos propostos pelos grupos profissionais da equipe para cada REG foi apresentada em uma Tabela específica e comparada com os dados da Figura de participação verbal dos integrantes nas reuniões.

As impressões registradas pelos dois observadores ao término de cada reunião foram analisadas nesta fase de tratamento dos dados. Foi feita a comparação entre o conteúdo das impressões anotadas pelos dois observadores das REG, considerando o papel e a participação do coordenador e as características da reunião e procurando evidenciar possíveis correspondências entre estes dois aspectos estudados. Estes dados foram apresentados de forma descritiva nos resultados.

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em Tabelas e Figuras, segundo a análise quanto à temática; participação verbal dos integrantes da equipe e utilização do tempo. As impressões registradas pelos dois observadores foram apresentadas de forma descritiva.

Temática:

No período estudado foram dados 144 avisos (comunicações breves) com uma média de 7 por reunião. Para facilitar a leitura e compreensão dos dados, um quadro sinóptico das categorias de avisos e assuntos (Figura 1) precederá a apresentação da Tabela 1 onde constam os avisos segundo sua distribuição quanto a categorias específicas, informantes e a transformação dos mesmos em assuntos.

1. **ROTINAS E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO - R** - atividades, seus horários, explicações ou esclarecimentos sobre seu funcionamento, e eventuais alterações da rotina (como greves, feriados).
2. **ESTRUTURA FÍSICA - EF** - manutenção e modificações na estrutura física (instalações), prédio ou no ambiente.
3. **PACIENTES - P** - indicação para tratamento, adesão, evolução, manejo e conduta com os usuários
4. **ESTAGIÁRIOS - E** - Início e término dos estágios, avaliações, relacionamentos entre os estagiários e destes com a equipe fixa e dificuldades específicas dos mesmos.
5. **ATIVIDADES CIENTÍFICAS - AC** - participação dos profissionais do HD em eventos científicos (congressos, simpósios, jornadas, cursos), publicações e realização de trabalhos sobre o HD.
6. **ATIVIDADES SOCIAIS - AS** - festas, confraternizações, encontros, coquetéis, passeios, apresentações de shows das pessoas da equipe com ou sem os usuários e com ou sem a comunidade.
7. **RECEPÇÃO AOS QUE VISITAM O HD - V** - recepção e organização do serviço para visitantes.
8. **FREQÜÊNCIA - F** – freqüência dos estagiários e membros da equipe fixa na reunião e nas atividades do HD (inclui faltas, atrasos, férias, demissões, aposentadorias e licenças).
9. **EQUIPE FIXA - Efx** – ausência temporária ou permanente de membros da equipe fixa (licenças, afastamentos, aposentadorias e demissões).

Figura 1 - Quadro sinóptico das categorias – avisos e assuntos*

* A categoria **Freqüência** foi específica para avisos e a **Equipe Fixa** para assuntos.

Tabela 1 – Distribuição dos Avisos por Categorias, Informantes e Transformação em Assuntos

Categorias	Equipe Fixa		Estagiários		Tr. Assuntos		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Freqüência	70	55,5	10	55,5	00	0,0	80	55,5
Rotinas	20	15,9	01	5,6	02	20,0	21	14,6
Ativ. Sociais	11	8,8	01	5,6	03	30,0	12	8,3
Ativ. Científicas	07	5,5	04	22,2	03	30,0	07	7,6
Estrutura Física	08	6,3	00	0,0	00	0,0	08	5,6
Estagiários	04	3,2	02	11,1	00	0,0	06	4,2
Pacientes	03	2,4	00	0,0	02	20,0	03	2,1
Visitas	03	2,4	00	0,0	00	0,0	03	2,1
Total	126	100,0	18	100,0	10	100,0	144	100,0

De acordo com os dados da Tabela 1, os participantes da REG comunicaram com maior freqüência avisos das categorias **Freqüência** e **Rotinas**, as quais perfizeram 70,1% do total. Os estagiários deram 18 avisos e os integrantes da equipe fixa 126. Dos 144 avisos registrados no período estudado, 10 foram transformados em assuntos.

Nas 21 reuniões observadas foram propostos 52 temas e discutidos 46. Enquanto em algumas das REG foram *agendados* mais do que três assuntos, considerado como limite máximo conforme acordo da equipe, em outras houve discussão prolongada de temas iniciais, dificultando o debate dos demais. Estas intercorrências fizeram com que os assuntos excedentes fossem incorporados com outros na mesma reunião ou discutidos em outro espaço.

Na Tabela a seguir apresentamos os assuntos e sua distribuição segundo categorias e proponentes:

Tabela 2 – Distribuição dos Assuntos por Categorias e Proponentes

Categorias	Equipe Fixa		Estagiários		Total	
	f	%	f	%	f	%
Rotinas	09	25,0	03	30,0	12	26,1
Pacientes	06	16,7	04	40,0	10	21,7
Ativid. Sociais	08	22,2	00	0,0	08	17,4
Estagiários	05	13,9	02	20,0	07	15,2
Ativid. Científicas	05	13,9	00	0,0	05	10,8
Equipe Fixa	01	2,8	01	10,0	02	4,4
Estrutura Física	02	5,5	00	0,0	02	4,4
Total	36	100,0	10	100,0	46	100,0

Predominaram assuntos sobre administração e de conduta junto ao usuário, com as categorias **Rotinas**, **Pacientes**, **Atividades Sociais** e **Estrutura Física** perfazendo um subtotal de 32 dos 46 temas (69,5 %). Os assuntos relacionados aos profissionais, ensino e pesquisa, representados pelas categorias **Estagiários**, **Atividades Científicas** e **Equipe Fixa** somaram 14 dos 46 (30,5 %).

Os integrantes da equipe fixa propuseram 36 assuntos (78,3 % do total) e os estagiários 10 (21,7 % do total).

Os estagiários, no período estudado, propuseram mais temas, em termos de freqüência percentual, relacionados às categorias **Pacientes** (40,0%), **Rotinas** (30,0%) e **Estagiários** (20,0%), totalizando estes 90,0% do total por eles propostos. A equipe fixa, por sua vez, apresentou como assuntos de maior freqüência os referentes a **Rotinas** (25,0%), **Atividades Sociais** (22,2%) e **Pacientes** (16,7%), totalizando 63,9%.

Visando avaliar a correspondência entre os registros feitos nas REG e durante as semanas que antecederam cada uma delas apresentamos a seguir a Figura 2 com a distribuição das categorias de avisos e assuntos em cada REG comparadas com os registros das situações diárias. Lembramos que o registro prévio à primeira reunião não foi feito e que, portanto, faremos a análise partindo da segunda.

Figura 2 – Distribuição das categorias de avisos e assuntos em cada REG comparadas com os registros das situações diárias

Nº	Avisos	Assuntos	Sit. Diárias	Nº	Avisos	Assuntos	Sit. Diárias
02	AC EF E;F	AC R EFx	AC R EFx EF V;P;AS	03	P R EF AS AC E F	P R	P R EF AS AC E EFx;V
04	R EF AC E V;F	R EF AC	R EF AC E P;EFx	05	R P F	R P	R P EF;AC EFx;V;E
06	EFx R V F	EFx E AS	EFx E AS R V AC;P	07	AS AC R	AS AC P	AS AC P R EFx;E;V

Nº	Avisos	Assuntos	Sit. Diárias	Nº	Avisos	Assuntos	Sit. Diárias
08	AS F;EF	P R	P R AS V	09	R EF AC E F	R	R EF AC E AS;V;P; EFx
10	R EFx V F	P E	P E R EFx V AC	11	---	AC	AC R;EF;EFx AS;P;E;V
12	AC E AS F	AS P	AC E R;V;PSM	13	AS R F	AS P E	AS P R EFx;V

Nº	Avisos	Assuntos	Sit. Diárias	Nº	Avisos	Assuntos	Sit. Diárias
14	R F	EF AS	EF AS R EFx;P;V	15	R AS;F	E	R P;EFx
16	E EF R AS F	E P	E EF R AS V	17	R F	E	E R EFx;P
18	R AS E F	R AS	R AS E V;EF;EFx	19	R P AC;AS;F	R	R P E;V;EF; EFx
20	R AC;F	R	R P;AS;EFx	21	R AC F	R P	R P AC V;E;EFx

Conforme evidencia a Figura 2, dos 20 registros comparados houve correspondência entre os assuntos discutidos e as situações registradas no dia a dia do serviço durante a semana que antecedeu cada encontro, em 18 deles.

A partir dos dados colhidos por um dos colaboradores observamos que o HD recebeu visitas em 16 dos 20 períodos analisados. Entre os visitantes estavam ex-estagiários, ex-usuários, ex-funcionários, funcionários de outros setores do HC da FMRP – USP e de outros serviços de Saúde Mental da região, psiquiatras de outros países (que vêm à cidade participar de eventos científicos), alunos de graduação e pós-graduação e artistas populares.

Participação verbal dos integrantes da equipe e utilização do tempo:

O tempo de duração das REG neste estudo variou entre 49 minutos e 67 minutos e 30 segundos, com um tempo médio de 58 minutos. A média de silêncio por reunião foi de 42 segundos. Em uma reunião o tempo de silêncio foi de 5 minutos.

Em termos de frequência dos grupos fixo e flutuante aos encontros, observamos que os percentuais foram equivalentes, girando em torno de 81,0 % para os integrantes da equipe fixa e de 86,0 % para os estagiários.

Apresentamos, na seqüência, a Figura 3 e a Tabela 3 com a finalidade de comparar os resultados das mesmas. A participação verbal dos integrantes da equipe quanto à utilização do tempo nas reuniões observadas, segue a distribuição apresentada abaixo na Figura 3. Na Tabela 3, logo a seguir, constam os assuntos das 21 REG estudadas, segundo a categoria profissional proponente.

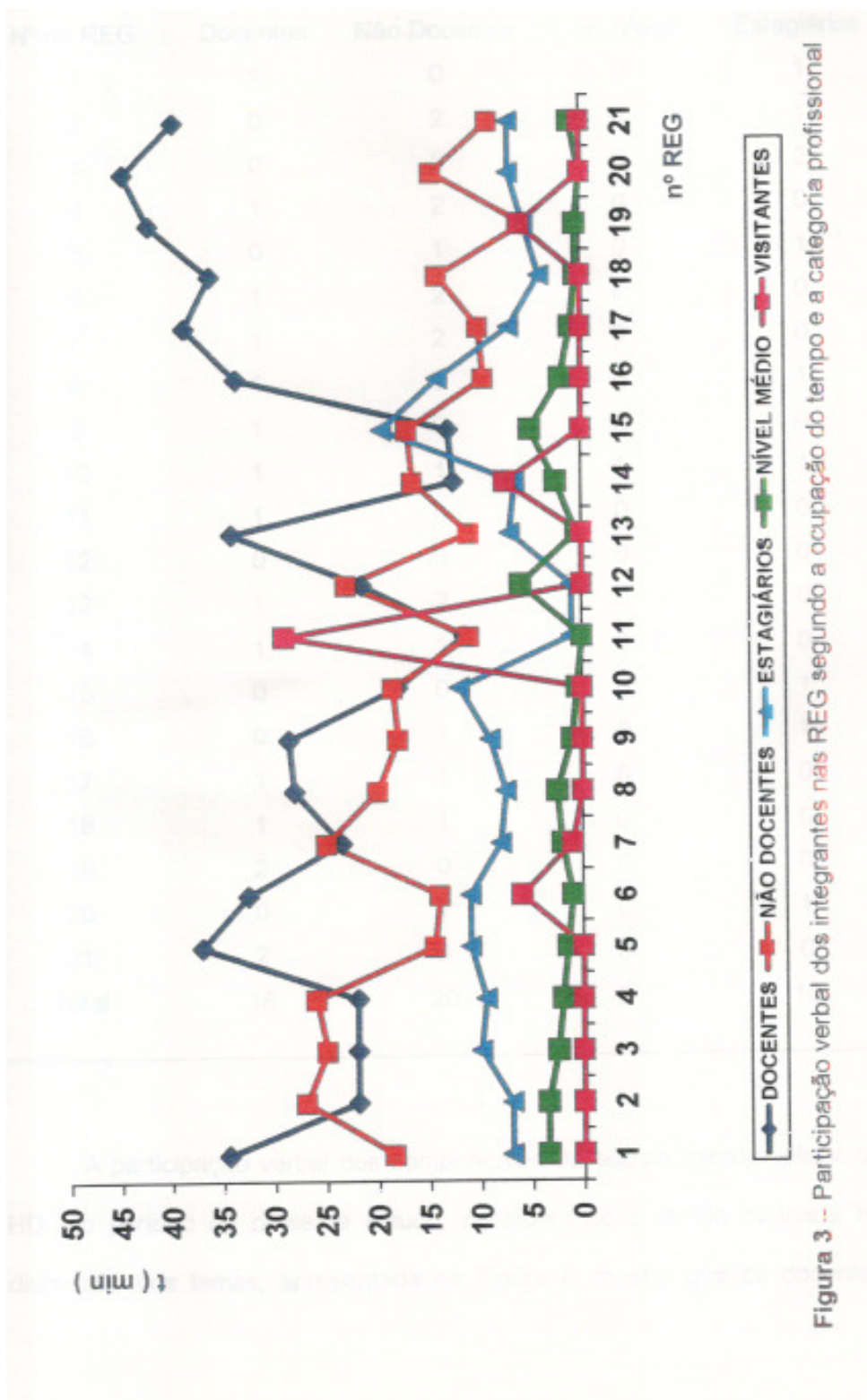


Figura 3 -- Participação verbal dos integrantes nas REG segundo a ocupação do tempo e a categoria profissional

Tabela 3 – Distribuição do nº de Assuntos por categoria profissional Proponente

Nº da REG	Docentes	Não Docentes	Nível Médio	Estagiários
1	1	0	0	1
2	0	2	0	1
3	0	0	0	2
4	1	2	0	0
5	0	1	0	1
6	1	2	0	0
7	1	2	0	0
8	1	0	0	1
9	1	0	0	0
10	1	1	0	1
11	1	0	0	0
12	0	3	0	0
13	1	2	0	0
14	1	1	0	0
15	0	0	0	1
16	0	1	0	1
17	1	1	0	0
18	1	1	0	0
19	2	0	0	0
20	0	1	0	1
21	2	0	0	0
Total	16	20	0	10

A participação verbal dos componentes da equipe interdisciplinar do HD, no período do presente estudo, considerando o tempo ocupado na discussão dos temas, apresentada na Figura 3, mostra que os docentes

foram os que mais se pronunciaram, predominando em 12 das 21 REG. Em 7 houve predomínio dos funcionários não docentes com funções de nível superior. Prevaleceu a ocupação do tempo por estagiários na reunião de número 15 e dos visitantes na de número 11. Os membros com funções de nível médio pouco se pronunciam, participando verbalmente com o tempo máximo de 6 minutos em uma delas, a de número 12.

Considerando o tempo total das 21 REG estudadas, observamos a seguinte distribuição percentual quanto a participação verbal e segundo os profissionais partícipes e o tempo em que se fez silêncio: equipe fixa 82,0 %; estagiários 13,5 %; visitantes 3,5 %; silêncio 1,0 %.

De acordo com a Tabela 3, os funcionários não docentes com funções de nível superior propuseram 20 dos assuntos discutidos nas reuniões do período observado, seguidos pelos docentes com 16 e estagiários com 10 assuntos, respectivamente. Os assuntos propostos pelos estagiários foram todos escolhidos pelos médicos residentes. Já os funcionários com funções de nível médio e os estagiários não médicos (psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional) não propuseram assuntos para discussão. Prevaleceu o debate de dois temas em 11 reuniões.

Comparando os resultados desta Tabela com os da Figura 3, podemos observar que os docentes participaram verbalmente mais nas reuniões de nº 1, 5, 6, 8, 9, 13, 16, 17, 18, 19, 20 e 21, sendo que apenas em três destas, as de nº 5, 16 e 20, não propuseram temas. Os técnicos não docentes com funções de nível superior, por sua vez, fizeram mais comunicações verbais em 7 dos encontros, os de nº 2, 3, 4, 7, 10, 12 e 14,

sendo que apenas na reunião 3 não *agendaram* assunto. Já os estagiários tiveram maior participação na reunião nº 15, onde foram responsáveis pela proposta de assunto da categoria **Estagiários**. Nas REG de nº 3, 5, 6, 10, 13, 15, 16 e 17, portanto em 8 ocasiões, os estagiários foram tema de discussão, tendo sido sua participação verbal inferior a 10 minutos nos encontros de nº 13 e 17 e igual ou superior a 10 minutos nos demais citados. Na reunião de nº 11 onde houve predomínio dos visitantes, o assunto foi escolhido pelos docentes e esta categoria junto com os não docentes com funções de nível superior apareceram em segundo plano no uso da comunicação verbal. Para os demais prevaleceu a atitude de escuta.

Impressões registradas pelos dois observadores:

Conforme já descrito no método, os dois observadores das REG anotaram individualmente suas impressões, logo ao término de cada reunião, relatando os sentimentos mobilizados durante o registro, assim como as opiniões sobre a reunião e sobre a condução da coordenação. Para a análise destes dados foi mantido o acordo mínimo de 80% entre os registros feitos.

No que se refere à coordenação, evidenciamos o que segue a seguir, considerando a que grupo pertencia o mesmo (equipe fixa ou estagiário); se fez, também, a transcrição da REG; e como foi sua participação.

Do total de 21 reuniões, 14 foram coordenadas por integrantes da equipe fixa e 7 por estagiários do serviço. A transcrição das mesmas foi feita por outro elemento participante em apenas duas ocasiões, nas demais foi feita pelo próprio coordenador.

Quanto à participação do coordenador, de acordo com os observadores, foi possível concluir que:

- em 5 das REG estudadas foi considerado participativo, ou seja, além do papel de prover estrutura para a reunião, quem a coordenou opinou durante as discussões dos temas;

- em outras 5 oportunidades foi pouco participativo, ou seja, limitou-se a manter a estrutura da REG, sem intervir nos debates;

- em três manifestou clara preocupação com o tempo, ou seja, manteve apenas a estrutura preocupado com o horário;

- em 4 ocasiões não conseguiu manter a estrutura da reunião (sem participar das discussões e sem controle sobre o tempo de cada assunto ou mesmo seu número);

- em dois encontros mostrou-se tenso, ou seja, transpareceu ansiedade e insegurança no papel de coordenador, sem participar ativamente e com dificuldades em manter a estrutura da reunião;

- em outras duas situações encaminhou a reunião em direção aos seus próprios interesses, o que foi apontado e não aceito pelos participantes.

Quanto às REG propriamente ditas, foi possível com os registros das impressões dos observadores concluir que do total, 11 puderam ser consideradas como produtivas, tendo havido expressão de sentimentos, manifestações afetivas, interesse dos participantes, discussões polêmicas em clima de tranquilidade com conclusão dos temas, ou sensações de bem estar expressas na reunião ou percebidas pelos observadores. As demais foram pouco produtivas, com manifestações e trocas de hostilidade, superficialidade nas discussões, cansaço percebido pelo comportamento dos participantes, tendência ao esvaziamento com a saída de integrantes, ou irritabilidade expressa com o coordenador que encaminhou a reunião de acordo com interesses próprios.

Foi possível, portanto, evidenciar correspondência entre as características das reuniões assinaladas acima com as dos coordenadores, ou seja, REG produtiva com coordenador participativo ou preocupado com o tempo; e REG pouco produtiva com coordenador que

não conseguiu manter a estrutura da mesma, tendo ou conduzindo segundo seu ponto de vista; nas 5 reuniões onde o coordenador mostrou-se pouco participativo duas foram consideradas pouco produtivas e três produtivas. Metade das coordenações feitas pelos integrantes da equipe fixa teve avaliação positiva e a outra metade não. O mesmo foi observado quanto à coordenação feita por componentes do grupo flutuante. As duas reuniões em que o coordenador teve o auxílio de um participante na transcrição foram consideradas produtivas.

DISCUSSÃO

As reuniões de equipe geral (REG) objeto deste estudo, pelo fato de contarem com a participação de dois grupos, multidisciplinares em si, um de profissionais permanentes e outro de aprendizes, propiciaram o que PICHON-RIVIÈRE (1991) denominou de “didática interdisciplinar” ao referir-se aos grupos operativos. Nas REG em questão, foram, pois, propostas tarefas (“assuntos ou temas”) no seu início que foram desenvolvidas no decorrer das mesmas com intuito resolutivo, por um grupo heterogêneo de profissionais fixos e flutuantes (psiquiatra, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, recreacionista, auxiliar de enfermagem e auxiliar administrativo). MOSCOVICI (1997), acrescenta como característica da interação no grupo de tarefa a ocorrência da ação orientada para a resolução de problemas, de modo objetivo e realístico, o que pôde ser evidenciado nas reuniões observadas.

Do ponto de vista quantitativo da ocupação do espaço e do tempo das REG, considerando-se o tempo físico (“cronos “), os resultados apresentados evidenciam que os participantes tiraram proveito das reuniões de equipe geral deste HD, no período estudado, pois, o tempo médio de silêncio foi de apenas 42 segundos, tendo as reuniões duração média de 58 minutos. Acerca da qualidade de aproveitamento do tempo, partindo da observação do registro das situações do dia-a-dia nas semanas que

antecederam cada um dos encontros e sua correspondência com os assuntos discutidos em 18 das 20 REG avaliadas (quadro 1), podemos sugerir que tais resultados são indicativos de que o contexto do serviço foi examinado nestas reuniões⁴.

A importância das reuniões de equipe geral para o HD pode ser observada com o dado apresentado por LAMBERT (1999) que em levantamento retrospectivo, no período de 10 anos, registrou a transcrição de 437 REG, o que daria uma média aproximada de 43 REG por ano. As reuniões são semanais e um ano tem 48 semanas. Portanto, no estudo feito, considerando-se os feriados, o número é expressivo. O mesmo podemos concluir com nossa pesquisa. Observamos 21 encontros em 6 meses, que equivalem a aproximadamente 24 semanas, ou seja, houve quase uma reunião para cada semana estudada. As que não ocorreram foram em função de feriados. Estes dados mostram que a equipe do HD valoriza as REG e pode ser indicativo de que o espaço que elas oferecem é aproveitado. A diversidade dos avisos e assuntos e a presença dos componentes nas reuniões sugere que a integração (articulação) entre a equipe fixa e a flutuante passa por esta reunião. A frequência dos participantes nos encontros foi em torno de 80% (no grupo fixo 81%, nos estagiários 86%), novamente a equipe valorizando a reunião.

Os integrantes de um grupo, segundo MAILHIOT (1991) devem aceitar participar ativamente na discussão, decisão e execução da tarefa, ou seja, assumir entre si os diversos papéis que tornarão suas comunicações e

⁴ Com base nestes achados, a percepção manifestada informalmente por alguns membros da equipe de subutilização do espaço das REG não se confirma neste trabalho.

suas interações funcionais. Crescer, para um grupo de trabalho, é tornar-se mais eficiente, mais criativo no âmbito da tarefa. Para tanto, os participantes precisam integrar-se como grupo.

ROUANET (1987) tratando da relação entre razão e paixão, chega ao que denominou de razão louca e de razão sábia. Segundo este autor, a razão louca interagindo com a paixão, deixando-se influenciar por ela, perdendo a objetividade necessária ao conhecimento e mergulhando na falsa consciência, utiliza-se de defesas inconscientes e é geradora de heteronomia no plano moral. Já a razão sábia, interagindo com a paixão tem acesso ao saber imparcial, ao afastar as interferências afetivas e obter um conhecimento fidedigno, tanto na percepção quanto no pensamento. Como sede do pensamento e, portanto, via para o saber, pode autorizar conscientemente a gratificação do impulso, ou rejeitá-lo pela atividade racional do julgamento, e não pelos automatismos da defesa. No registro moral produz a autonomia. A equipe do HD parece funcionar moralmente segundo a autonomia, pois, a própria REG, como exemplo, pelas suas características democráticas permitiria aos participantes o uso racional do julgamento. Contudo, as relações de poder na equipe, conforme veremos adiante, parecem fazer com que o grupo atenda às influências da paixão, seguindo os preceitos da heteronomia.

A integração de um grupo (equipe no presente estudo) passa por momentos diferentes. No início, os indivíduos têm tendência a se afirmarem como indivíduos até conseguirem se fazer aceitar como tais. Cabe ao líder identificar este processo e sensibilizar os outros membros quanto ao proveito

que podem tirar deste momento. Nesta fase, os integrantes se conhecem, descobrem os recursos de cada um, o que é fundamental para a tarefa que realizarão juntos. É a fase da aceitação mútua – ou fase individualista. Uma vez aceitos como indivíduos, certos membros podem se sub-agrupar, em função de temores com os que partilham das mesmas apreensões – fase de identificação. O líder, através da sua presença facilita a percepção de que o trabalho de cada um é indispensável à execução da tarefa. A integração de fato acontece quando cada um se sente aceito, inclusive os sub-grupos minoritários. Resta ao líder verificar se alguém ficou excluído ou se está sendo alvo de pressões dos outros, e atentar para que a integração não seja supervalorizada a ponto de negligenciar ou esquecer, pouco a pouco, a tarefa a executar. O grupo, neste caso, pode tender a voltar-se sobre si mesmo, a se comprazer com seu perfeito entendimento (MAILHIOT, 1991).

SCHUTZ (1978), ao apresentar sua teoria de desenvolvimento grupal, aplicável neste trabalho à equipe em estudo, descreve as fases de inclusão, de controle e de afeição. Na primeira, o indivíduo tenta descobrir onde se enquadra, é a fase do individualismo. A fase de controle se caracteriza pela tomada de decisões, compartilhamento de responsabilidades e distribuição de poderes. O grupo suporta lutas pela liderança, competição e discussões sobre procedimentos, tomadas de decisões e responsabilidade. Na última, se estabelece a atmosfera mais calorosa e íntima, é o momento onde já se estabeleceram várias formas de apego entre os integrantes. Tais fases não são, segundo o autor, bem separadas, ou seja, acontecem de forma simultânea, dinâmica.

Para que um grupo se integre, é necessário, ainda, que aceite e faça aceitar pelos seus membros, os momentos de ansiedade inerentes a todo processo de crescimento psíquico e que sejam desenvolvidos níveis elevados de tolerância à frustração para evitar a tendência à regressão, com recorrência a mecanismos de defesa e de compensação em grupo. As diferenças de opinião, as divergências de ponto de vista não devem ser percebidas como fontes de conflitos e tensões no grupo, mas acolhidas como possibilidades de complementaridade e de interdependência entre os membros na elaboração de soluções mais adequadas aos problemas encontrados durante a execução da tarefa, preservando-se a singularidade, o que é de cada um. A objetividade do saber pode ser assegurada, afastando-se as influências da paixão e, em conseqüência, aumentando a autonomia dos integrantes do grupo (SCHUTZ, 1978; ROUANET, 1987; MAILHIOT, 1991; MOSCOVICI, 1997).

Com base nas referências teóricas e nos resultados do trabalho podemos fazer algumas considerações a respeito da integração da equipe estudada. A presença de um grupo de estagiários (com mudanças periódicas de seus componentes) junto com um fixo por si só já permite que os momentos ou fases de integração grupal ocorram ou se repitam como um processo dinâmico (e constante). Os indivíduos que compuseram a equipe flutuante do HD no período estudado parecem ter correspondido, no que se refere a sua integração enquanto grupo, às fases de inclusão, controle e afeição postuladas por SCHUTZ (1978), considerando o período de tempo que permanecem no serviço, sua freqüência nas reuniões, escolha de

assuntos para discussão e participação nos debates de temas relacionados a si próprios. Já a equipe fixa composta por um total de 11 profissionais, dos quais 8 trabalhando há cerca de 10 anos no serviço e apenas três integrantes com menos de dois anos no local, não teve, provavelmente, necessidade de manifestar estes aspectos nas REG. Este grupo, por outro lado, dispõe de uma reunião específica para o mesmo, onde estes aspectos possivelmente estiveram presentes.

Com o intuito de facilitar o entendimento das discussões que se seguem, retomamos a seguir uma síntese dos achados deste estudo. Os resultados evidenciaram que na equipe estudada, houve diferenças na participação de seus diversos componentes. Foram comunicados um total de 144 avisos (vide Tabela 1), 126 destes pelos técnicos do serviço e 18 pelo grupo móvel. Na proposição dos temas (vide Tabela 2), do total de 46 discutidos, 10 foram sugeridos pelos estagiários (todos pelos médicos residentes) e 36 pela equipe fixa (20 pelos funcionários não docentes com funções de nível superior, 16 pelos docentes e nenhum pelos funcionários de nível médio - vide tabela 3). Ainda sobre os assuntos *agendados* pelos membros do grupo fixo mostramos a razão temas para número de indivíduos pertencentes a cada categoria profissional. Foram 20 temas para 6 funcionários com funções de nível superior (razão igual a 3,33) e 16 para 2 docentes (razão igual a 8). Os médicos residentes pareceram preocupar-se mais com assuntos relacionados a pacientes, rotinas e a si próprios, enquanto o grupo fixo mostrou indícios de menor especificidade de seus

interesses, com distribuição mais equilibrada na escolha dos assuntos a serem discutidos.

Quanto ao se pronunciarem nas REG (vide Figura 3) foi possível observar predomínio claro de determinados grupos de profissionais (docentes em 12 e não docentes com funções de nível superior em 7 reuniões) em relação aos demais. Comparando os resultados da Figura 3 com os da Tabela 3 foi possível observar que o grupo de técnicos que propunha assuntos para discussão acabava por participar mais verbalmente na REG respectiva. Assim, nas 12 reuniões em que houve predomínio dos docentes quanto a comunicação verbal, em 9 eles escolheram assuntos. Os técnicos não docentes com funções de nível superior predominaram em 7 REG, tendo *agendado* assuntos em 6 destas. Já os estagiários participaram mais na reunião em que propuseram o único assunto discutido (assunto da categoria **Estagiários**). Os profissionais com funções de nível médio pouco se pronunciaram, ocupando no máximo 6 minutos em um dos encontros e não propuseram assuntos. Em termos de total de tempo ocupado com a participação verbal, a equipe estudada apresentou os seguintes percentuais: equipe fixa 82,0%; estagiários 13,5%; visitantes 3,5%. O percentual de tempo restante, de 1,0%, foi de silêncio.

Quanto às visitas que o HD recebeu no período analisado, foi-nos possível observar que as mesmas aconteceram com freqüência considerável (em 16 das 20 semanas registradas), mas que houve pouca menção nas reuniões (exceto para a REG nº 11 que contou com a presença de um visitante estrangeiro como participante da mesma). Foram comunicados

apenas três avisos e nenhum assunto específico foi listado e discutido sobre tal tema. Parece-nos, assim, que o serviço é aberto a receber visitas e que a equipe habituada com tal rotina, não sente necessidade de discutir questões a este respeito.

As exigências e responsabilidades de parte dos profissionais da equipe fixa para com o ensino e pesquisa, as incumbências administrativas estruturais da instituição onde o serviço está inserido (Universidade) e a necessária preocupação com a população atendida favorecem uma hierarquização e delimitação permanente da função de liderança (e poder) sobre estes. Assim, prestar assistência, ensinar, servir de modelo, administrar e ainda desenvolver pesquisas, constituem-se em funções que acabam facilitando ou pressionando os docentes e não docentes (técnicos com funções de nível superior) a participarem mais nas REG. As relações de saber e poder no HD parecem seguir o descrito no estudo de CARAPINHEIRO (1993), descrito anteriormente, sobre a instituição hospitalar universitária. A coordenação administrativa do HD é responsabilidade dos docentes do serviço (que predominaram na ocupação do tempo). Os demais profissionais da equipe fixa parecem estar identificados com uma participação secundária.

Apesar de não ter sido priorizado neste estudo estabelecer a delimitação dos papéis de cada integrante do grupo, nem tampouco estudar como se processam as relações de poder e saber no HD, cabem aqui algumas considerações a este respeito. A estrutura de funcionamento do serviço segue o padrão das instituições universitárias médicas onde o poder

médico é hegemônico. Os docentes que coordenam o hospital-dia estudado são médicos e, de acordo com os resultados, foram os que mais participaram verbalmente nas discussões e proporcionalmente no *agendamento* dos assuntos (16 para dois indivíduos). Os médicos residentes foram responsáveis pela participação dos estagiários na proposição dos temas, conforme já visto. Do total de 19 a 20 participantes das REG 6 a 7 eram médicos (2 docentes, 1 assistente e 3 a 4 residentes). Estes achados parecem corroborar o que foi estudado por CARAPINHEIRO (1993) sobre o poder médico no hospital. Segundo a estudiosa, os médicos têm sua formação universitária continuamente acompanhada do valor da responsabilidade médica, o que acaba sendo o elemento de eleição na distinção das práticas médicas das não médicas. A definição da responsabilidade e autoridade dos profissionais não médicos é feita a partir da dos médicos. Das estratégias de poder assim concebidas, hierarquizam-se os saberes correspondentes, sendo o central dos médicos e o periférico dos demais técnicos. Estes últimos apresentam tendência a permanecer com papel secundário na equipe, a assumir uma função subalterna à dos médicos e a ter seu poder e seu saber encoberto pelos mesmos. Do ponto de vista dos estagiários não médicos, provavelmente colaborou com isto a postura que os mesmos observaram em seus supervisores diretos na equipe. Estas relações de poder e saber podem ser sugeridas como justificativas da menor participação tanto verbal como na proposta de assuntos para discussão nas REG observadas, por parte dos integrantes não médicos da equipe do HD. Predominaria, desta forma, o princípio de

heteronomia nesta equipe, através da liberação pulsional dirigida, no interesse do poder, conforme apresentado por ROUANET (1987).

O grupo de funcionários com atribuições de nível médio, por sua vez, desobrigados de funções acadêmicas e, talvez, em função disso identificados com a menor exigência sobre eles (ou mesmo, sensação de serem menos importantes para o serviço), tendem a se expor menos. Sobre estes pode-se inferir, também, que sua postura nas reuniões pode ser entendida a partir do que TREVIZAN (1993) apresenta acerca de uma situação que freqüentemente interfere com o rendimento do profissional no serviço. A administração, na visão tradicional, valoriza o fato do funcionário se restringir ao desempenho mínimo, mesmo recebendo bons salários, tendo boas condições físicas para trabalhar e estabilidade no emprego, ou seja, mesmo sendo satisfeitas suas necessidades de nível básico. Segundo esta autora, é preciso que a administração compreenda que ao oferecer meios que satisfaçam as necessidades primárias, a motivação do indivíduo se transfere para outras necessidades, ou seja, para as necessidades sociais e do próprio ego. Assim, se não houver projetos em execução, tendo em vista a satisfação destas novas necessidades, a pessoa se sentirá frustrada e sua conduta irá reproduzir esta frustração. Nestas circunstâncias, se os administradores prosseguirem no sentido de procurar atender apenas as necessidades primárias, seus esforços serão em vão. A filosofia convencional de administração, fundamentada na direção e no controle, é inadequada como motivação. Compete, portanto, à administração tornar possível aos profissionais reconhecerem por si próprios suas características

humanas de motivação, capacidades e responsabilidades, direcionando o esforço humano para a consecução dos objetivos organizacionais e procurando, através do compromisso e participação, a integração entre os objetivos individuais e institucionais. A liderança aparece na prática como recurso para tornar possível a correspondência da integração entre a motivação individual e a organizacional. Além disso, cabe ao líder favorecer o entendimento e discussão acerca dos diferentes níveis de expectativa em função da carreira docente e do envolvimento com pesquisas científicas e da atividade assistencial propriamente dita, especialmente no caso de serviços universitários como este HD.

OSÓRIO (1997a), ao tratar dos “processos obstrutivos nos sistemas sociais, nos grupos e nas instituições” refere-se ao narcisismo como expressão da libido represada que alimenta tais processos obstrutivos. Entende o narcisismo como sendo a impossibilidade de sair de dentro de si para a interação com o outro. No contexto grupal seria a menor disponibilidade às interações afetivas e a menor consideração pelos direitos alheios. Cooperam com o narcisismo na obstrução do funcionamento do grupo, o instinto de morte, a busca e manutenção de estados de poder, a inveja, a arrogância, o servilismo e a hipocrisia. Segundo o autor estes processos obstrutivos necessitam ser identificados correta e precocemente para não ameaçarem a sobrevivência do grupo. Na equipe, objeto deste estudo, tais processos, apesar de não terem sido pesquisados objetivamente, pareceram estar presentes no grupo e podem ser sugeridos pelas diferenças na participação verbal dos integrantes, seja pela

prevalência dos docentes e estagiários médicos de um lado como pela postura de escuta dos profissionais com funções de nível médio e estagiários não médicos de outro.

Durante este estudo, a equipe do HD não discutiu diretamente temas relacionados com sentimentos de frustração ou desamparo frente a prática com doentes mentais, por vezes geradora de angústias, nem tampouco houve menção em buscar supervisão externa para os profissionais. Isto não difere dos achados de outros serviços disponíveis na literatura. ROSSINI (1998) em sua dissertação de mestrado estudando a prática de enfermeiros em hospitais-dia psiquiátricos no Estado de São Paulo fez levantamento em 15 serviços sobre a supervisão institucional. Como resultado encontrou a cifra de 20%, ou seja, três dos hospitais-dia deste Estado tinham supervisão clínica institucional mensalmente.

A *super-visão* como a etimologia do termo sugere, pressupõe a existência de uma pessoa mais experiente que lança um olhar *sobre* o trabalho de seu colega ou grupo de colegas – menos experientes e geralmente mais jovens – e, da posição privilegiada de quem detém o saber desejado, orienta estes últimos paternalisticamente nos meandros da prática profissional que esteja em questão. OSÓRIO (1997b) ao referir-se a evolução da psicoterapia de grupo, sugere que a *super-visão* seja transformada numa *co-visão*, onde o olhar do mais experiente não é o que melhor percebe ou discrimina, mas tão-somente o que aponta os caminhos já palmilhados, pois, tendo um olhar não contaminado percebe com maior facilidade os pontos que aos demais são cegos.

Um hospital, como instituição, cujo objetivo precípua seria proporcionar ao usuário as melhores condições para a recuperação de sua saúde, acaba por se estruturar segundo as conveniências dos profissionais de saúde e administrativos que, freqüentemente, estão em oposição às necessidades dos usuários. OSÓRIO (1997c) chama a atenção, assim, para o que chamou de distorções dos objetivos iniciais de um grupo institucional. Este é um dos pontos a ser avaliado em supervisão, pois, a equipe de assistência pode não estar atenta o suficiente para estas distorções e as interferências das mesmas na execução das tarefas propostas, ou mesmo na resposta esperada das medidas terapêuticas sobre a clientela atendida. Outro fenômeno apontado pelo autor é a circularidade da patologia institucional. As instituições repetem a vida, ou seja, é própria sua natureza dinâmica e a presença do conflito. A função do terapeuta institucional neste caso não é a de tentar ingenuamente eliminar o conflito, mas sim identificar sua presença e conseqüências e tentar impedir que se estruture no serviço sob análise, o que gradativamente leva ao bloqueio e paralisia de todo sistema. O caráter universal da tendência à institucionalização dos grupos humanos, o progressivo afastamento dos objetivos originais do grupo à medida em que ocorre seu processo institucionalizante e a conquista ou manutenção de “estados de poder”, aparecem como característica imanente a qualquer agrupamento humano (ou seja, os grupos são sempre instrumentos de busca de poder, busca esta inerente à condição humana). A rotatividade do poder intragrupal surge

como uma das sugestões gerais para lidar com tal problema, identificado em supervisão.

Os estagiários parecem fazer reviver toda a dinâmica grupal, produzindo em conjunto com os demais componentes, momentos de funcionamento da equipe como grupo primário e outros como secundário, conforme mostrado por BLEGER (1992) ao tratar dos grupos na instituição. No primeiro, segundo o autor, há forte ambigüidade de papéis e *status* dentro da instituição, que se chega à estereotipia leva a intensas segmentações e incomunicações. O molde do grupo primário é a família. Predominam as identificações projetivas maciças, um déficit na diferenciação e identificação de seus membros – *é um grupo de pertença forte nas instituições, mas de tarefa muito débil, constantemente comprometido por situações conflituosas fortemente emocionais* (BLEGER, 1992, p. 59). Já o grupo secundário, possui uma dinâmica diferente, sem cair na estereotipia, onde o indivíduo pode se colocar no jogo, se consolidar e desenvolver. O ser humano precisa dos dois tipos de grupos, pois, suas distintas estruturas de personalidade precisam ser gratificadas, compensadas ou controladas. A atenção, no entanto, deve estar voltada para não transformar o local de trabalho em uma família (relações como as entre pessoas com laços de parentesco). Momentos de tensão favorecem a regressão ao grupo primário. A estereotipia grupal, por sua vez, não permite isto, que se é dinâmico, ou seja, se é permitido transitar momentaneamente de um tipo de grupo para o outro retornando a seguir ao original, é benéfico. A tímida participação dos estagiários nas REG estudadas pode refletir a

inexperiência e insegurança dos mesmos, com a tendência em assumir papel secundário tanto na escolha de temas quanto na discussão dos mesmos, como filhos que esperam pelas orientações dos pais. Cabe, portanto, na equipe estudada papel facilitador do desenvolvimento dos estagiários por parte do grupo mais experiente, tanto servindo como modelo, como conduzindo aqueles neste processo dinâmico presente nas reuniões, de idas e vindas do grupo primário ao secundário.

Especificamente no que se diz respeito aos médicos residentes, encontramos em BADARACCO (1994) alguns questionamentos cabíveis na situação estudada. Apresentando a prática em equipe em uma comunidade terapêutica psicanalítica, este autor introduz outros aspectos importantes relacionados aos médicos residentes, menos experientes. Estes, segundo o autor, acabam tendo maior contato com os doentes e podem, como consequência, sentir-se exigidos tanto pelos demais componentes da equipe como pelos próprios doentes que detectam seus aspectos mais vulneráveis, colocando-os permanentemente à prova. O médico residente pode ter a vivência de estar abandonado na instituição, o que acaba por incrementar suas ansiedades persecutórias (próprias de um aprendiz inexperiente frente a situações novas) e se não compartilha os problemas que se lhe apresentam, reclama, atua e agride, não só os pacientes, mas, também, a comunidade inteira. É importante, prossegue o autor, levar em conta tais situações, analisando-as de forma constante, evitando que os residentes se sintam frustrados e se alheiem silenciosamente no serviço, ou que sabotem as atividades da comunidade.

Às vezes, toda a instituição entra em cumplicidade ao não falar dos problemas para não mobilizar os conflitos não resolvidos em si mesma. Mencionam-se só as urgências e os acontecimentos cotidianos. Isto acaba se tornando uma das resistências mais graves. Estar em contato permanente com doentes e com os companheiros da equipe permite aos profissionais ir captando este tipo de vivências, resgatando-as e a si próprios. A tendência natural é o medo, a *contra-atuação*, o isolamento e o médico com pouca experiência vai tendendo a um comportamento estereotipado no grupo, não colocando suas dificuldades por sequer reconhecê-las como tais. E assim vai se perdendo nas formalidades da instituição, desaparecendo nos momentos de maior compromisso emocional. As tarefas formais dão-lhe maior segurança porque são o contexto de maior enquadre, onde há sempre alguém que fala com ele e, inclusive, que pensa por ele. Além disso, às vezes, sob o aparente incremento do interesse em realizar uma aprendizagem teórica, pode ser desvirtuado e desvalorizado o mais importante do trabalho terapêutico. Corre-se o risco de que a tarefa de maior peso se concentre em duas ou três pessoas que aparecem como indispensáveis, favorecendo as dissociações e o não compromisso. Em síntese, explica BADARACCO (1994), as atuações dos residentes podem promover as atuações dos pacientes e dos outros profissionais.

Estariam os médicos residentes do HD, observados nesta pesquisa, inibidos pela persecutoriedade sentida em relação às exigências dos doentes e dos profissionais fixos ? Estariam mais preocupados com questões teóricas ou tarefas formais que lhes dão mais segurança,

negligenciando as práticas e, portanto, fugindo do compromisso emocional e da conseqüente exposição na reunião ?

Complementando, como possíveis fatores que possam contribuir na compreensão das diferenças observadas em relação a participação de cada subgrupo profissional nas REG observadas, partindo do trabalho de revisão de literatura sobre o trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental de SCHERER & CAMPOS (1997) citamos:

1. composição heterogênea da equipe;
2. necessidade de maior clarificação de papéis e distribuição de funções;
3. comunicação com problemas;
4. diferenças hierárquicas;
5. treinamento em serviço;
6. tempo de permanência no serviço;

Como aspecto que merece atenção retornamos o item 3 acima relacionado aos problemas na comunicação. Para os autores ANZIEU & MARTIN (1971) a afirmação de Saint-Exupéry de que *a linguagem é fonte de equívocos*, válida desde os primórdios da humanidade, é reconhecida hoje, mais do que nunca. A compreensão do sentido de uma comunicação se dá por um filtro e um halo. O filtro é formado pelo sistema de valores próprios de cada um, mais inconsciente que consciente. Graças ao filtro, o interlocutor escolhe alguns elementos da comunicação e despreza outros. O

halo é constituído pela ressonância simbólica provocada no receptor pela significação do que emite ou recebe. Este último pode desencadear associações pessoais que resultam em obstáculos ou facilitação à comunicação.

No processo de comunicação, prosseguem ANZIEU & MARTIN (1971), podem ocorrer problemas relativos ao locutor, a obstáculos materiais e ao interlocutor. Estes podem ser geradores de rumores ou comportamentos conflituosos. Para vencer tais obstáculos o receptor precisa estar disponível, ser capaz de ouvir e entender, sair de seu marco de referência, fazer perguntas que ajudem o emissor a clarear seus pensamentos e responder às suas necessidades. Um ouvinte compreensivo provoca naquele que se sente escutado e compreendido menor vontade de fortalecer sua posição.

Ao procedermos a análise das impressões anotadas após cada reunião pelos dois observadores, foi possível constatar que as REG, independentemente de terem sido coordenadas por integrante do grupo de estagiários ou da equipe fixa evoluíram como produtivas ou não. Os técnicos coordenaram 14 encontros e os estagiários 7, sendo que a metade de cada grupo profissional que fez a coordenação, a fez de forma confusa, tensa ou dirigida segundo seus próprios interesses. Em duas ocasiões o coordenador foi auxiliado por alguém que fez a transcrição da reunião e as mesmas foram avaliadas como produtivas (tranquilo e participativo). Frente a estes resultados parece que o papel de coordenador ficaria facilitado se este não ficasse incumbido, também, de transcrever a REG, e que o fato de deter ou

não mais conhecimentos e prática no trabalho em equipe interdisciplinar não o diferenciariam para o desempenho deste papel. Como cabe ao coordenador a responsabilidade pela estrutura e funcionamento da reunião, delimitando o tempo e mediando as discussões, propiciando a participação dos interessados de forma democrática, ele precisa vencer os obstáculos da comunicação, acima descritos, com o auxílio dos demais integrantes da equipe. Nos encontros observados, os problemas relativos à comunicação não foram estudados de forma objetiva, no entanto, sua presença pode ser indicada pelos diferentes comportamentos anotados em relação aos coordenadores e às próprias características das REG.

Por outro lado, o achado que mostra a correspondência entre as características das reuniões com as dos coordenadores (onde as REG produtivas cursaram com coordenadores considerados como participativos ou preocupados com o tempo, enquanto que as não produtivas com os que não conseguiram manter a estrutura da mesma, que tiveram comportamento tenso ou que a conduziram segundo seu ponto de vista) leva-nos a algumas reflexões. Se partirmos do princípio de que a figura do coordenador é a de quem detém o poder no momento das reuniões, podemos entender os movimentos do grupo sob o prisma da coordenação a partir do descrito por ANZIEU & MARTIN (1971) que ao referir-se à autoridade, considerando os líderes, apresenta-os em estilos de comportamento. Como um dos extremos sugerido, encontramos o chamado *autocrata* que quer o controle exclusivo, comporta-se como uma pessoa desprovida de afetividade e generosidade, que se mostra impessoal, sem capacidade de dividir responsabilidades ou

delegar seu poder. Já o estilo *democrático* de líder é aquele capaz de assumir e dividir suas responsabilidades, é sensível ao clima do grupo que considera como transcendente aos indivíduos, o que percebe sua função como uma tarefa de coordenação, seu objetivo permanente é criar as condições para o grupo participar na elaboração e execução das decisões que lhe competem.

No estudo, as coordenações são essencialmente democráticas, pois, é elaborada e seguida uma escala para esta função, da qual equipe fixa e estagiários participam em esquema de rodízio. Os componentes da equipe manifestam suas reações emocionais de forma livre e democrática, conforme observado quando o coordenador da REG quis conduzir a reunião segundo seus interesses. Este foi interrompido pelos demais participantes que pediram para que o mesmo retomasse a estrutura de discussão habitualmente utilizada. Esta coordenação pode ser comparada com o líder tirano, sedutor e objeto de agressão. O coordenador tenso e o que não conseguiu manter a estrutura da reunião manifestaram desconforto com seu papel pela postura e dificuldades no desempenho desta função, podendo ser considerado como inábil para assumir a responsabilidade da coordenação. A coordenação considerada participativa ou preocupada com o tempo pode ser equiparada ao líder propriamente dito, o objeto de amor, o organizador, o herói e o bom exemplo (ANZIEU & MARTIN, 1971).

MOSCOVICI (1997), ao referir-se as modalidades emocionais de interação no grupo menciona comportamentos possivelmente encontrados, os quais nos servem como referencial na discussão das reuniões do ponto

de vista da interação do coordenador com os demais participantes e, conseqüentemente, com a evolução das mesmas. Assim, segundo a autora, podemos encontrar as seguintes atitudes:

1. comportamentos agressivos;
2. comportamentos de evasão;
3. comportamento de união;
4. comportamento de dependência;

Nas situações estudadas, a equipe, de forma geral, pareceu corresponder aos postulados enunciados acima. Frente ao coordenador tranqüilo e participativo manifestou comportamento de união. Já frente ao líder tenso, que conduziu a reunião de acordo com seus interesses, que não soube dar estrutura ao encontro, evidenciaram-se comportamentos agressivos e de evasão. Em alguns momentos, o grupo pareceu aos observadores como dependente do coordenador. Estes aspectos remetem-nos novamente a questionar as relações de saber e poder discutidas anteriormente e suas influências no comportamento do grupo frente aos diferentes coordenadores destas reuniões. Esta discussão não pode ser conclusiva, pois, os aspectos referentes as relações de saber e poder, como já dissemos, não foram objetivamente pesquisados neste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais é crescente a necessidade e a busca por abordagens mais humanizadas aos doentes, independentemente do tipo de doença que os acometa, por parte dos profissionais de saúde que os assistem. O trabalho em equipes interdisciplinares tem ganho novos adeptos para o atendimento das mais diversas enfermidades, especialmente as de curso crônico como com o câncer, síndromes dolorosas, síndrome da imunodeficiência adquirida, diabete, hipertensão, outras doenças psicossomáticas e doenças mentais. Isto independe de quem quer que esteja comprometido, seja ele adulto ou criança, rico ou pobre.

No campo da Saúde Mental, por exemplo, os Americanos nos mostram como uma nova realidade, a do doente mental sem lar, fruto da *desospitalização* efetuada em seu país, pode ser acompanhada de forma mais adequada em hospitais-dia com programas de intervenção psicossocial, incluindo colocação em alojamentos apropriados e tratamentos somáticos.

A situação exposta pelos estudiosos norte-americanos espelha uma realidade que nos pode ser evidente em futuro bem próximo, se partirmos da avaliação do nosso programa de reforma psiquiátrica predominantemente voltado à *desospitalização*. A sugestão de tratamento da nova clientela de usuários que sobreviverem ao processo em questão em regime de semi-

internação nos parece viável e procedente. Para tanto, faz-se necessário gerar recursos e mobilizar os técnicos para buscarem uma prática cada vez mais humanitária e que seja acompanhada de uma realimentação constante através de avaliações periódicas dos procedimentos e resultados obtidos, reciclagens repetidas, questionamentos permanentes acerca do que é possível aprimorar, através de reuniões de trabalho com a participação efetiva de todos os envolvidos na tarefa e de supervisões da instituição. Além disto, ou talvez, acima disto, as equipes de assistência precisam estar permeáveis e atentas a ouvir o que a população, usuários, família e comunidade, têm para dizer.

O trabalho em equipe interdisciplinar de saúde mental desenvolvido no Hospital-dia da disciplina de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HD – FMRP – USP) pressupõe a integração e articulação dos técnicos que compõem tal equipe como é esperado em qualquer outro serviço com estrutura de funcionamento semelhante. A peculiaridade do HD em questão, qual seja, ser um serviço universitário preocupado com o ensino, a pesquisa e a assistência, torna-o ímpar e depositário da incumbência de ser e servir de modelo. Oferecer treinamento em serviço para recém-graduados de disciplinas relacionadas à saúde mental, servir de campo para pesquisas e formação de pesquisadores (pós-graduação) e prestar serviço à comunidade, são tarefas por si só repletas de dificuldades específicas e, na situação do HD, concorrentes. Com o objetivo de atender a todas estas demandas, o serviço utiliza-se de diferentes *settings* representados pelas reuniões de equipe geral (REG) e

fixa (REF) e pela reunião comunitária (RC) para discutir e aprimorar seu funcionamento. Em especial, neste trabalho procedemos a observação de um destes fóruns conhecido como reunião de equipe geral. A REG do HD configura-se, pelo seu funcionamento e conforme já discutido, como um Grupo Operativo voltado para a resolução de problemas.

Como apresentado nos resultados e discussão, apesar dos integrantes da equipe terem uma participação em torno de 80,0% nas REG, tanto do grupo fixo como do flutuante, há diferenças na comunicação de avisos, na proposição de assuntos e na ocupação do tempo destinado a discussão dos mesmos. Alguns fatores que podem contribuir na compreensão destas observações já foram mencionados na discussão, em especial os que são devidos às relações de poder. O uso do poder, geralmente, é considerado como produtor de efeitos negativos. Não podemos esquecer, no entanto, que o poder também tem efeitos positivos, na medida em que participa na produção de conhecimento e aprimoramento dos indivíduos. A equipe fixa, especificamente neste serviço, reúne-se em outro fórum, a REF, onde discute assuntos burocráticos e administrativos, procura resolver conflitos entre os setores, reflete sobre sua prática e se fortalece enquanto grupo que sustenta o serviço. Isto pode ter contribuído, também, com as diferenças observadas neste estudo, inclusive com o pequeno número de *agendamentos* relativos a categoria **Equipe Fixa** (2 do total de 46 temas).

As REG do HD em questão pelas características do serviço e pelos diversos grupos profissionais que compõem as equipes fixa e flutuante,

propiciam um espaço de ensino-aprendizado constante. Pelo que foi possível observar com o presente trabalho, as reuniões estruturam-se como fórum de integração dos técnicos. O funcionamento caracterizado como dinâmico, faz com que a REG seja inserida no serviço como parte de sua estrutura, de sua base de sustentação, necessária a própria existência e permanência do HD em atividade. Além disso, o clima de confiabilidade que pode ser gerado a partir destes encontros incrementa a criatividade e o prazer dos profissionais e aprendizes na execução das tarefas. Se isto ocorre, os pacientes, por sua vez, detectam a espontaneidade assim emanada e, desta maneira, pode-se adequar melhor os tratamentos e, até mesmo, encurtar o tempo de internação. Permite-se, também, um espaço para um contínuo aprimoramento na prática de Saúde Mental.

Entre os elementos de funcionamento de um grupo encontramos os objetivos, que devem ser comuns, claros, compreendidos, aceitos por todos e se houver individuais que sejam compatíveis com os do grupo. A motivação para a realização da tarefa precisa ser reabastecida de forma constante, o que é encontrado no próprio intercâmbio com os usuários e com os outros componentes da equipe, onde cada integrante pode sentir que a verdadeira realização de sua tarefa está na participação e no poder extrair de experiências terapêuticas compartilhadas o enriquecimento da aprendizagem. Os objetivos comuns da equipe pareceram estar em conformidade nas REG, já os individuais e a motivação dos componentes do grupo não foram avaliados.

Segundo levantamento de literatura feito para este estudo, o trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental requer momentos para reflexão sobre a proposta em andamento, sobre as tarefas, os relacionamentos e as atitudes. São sugeridas as reuniões periódicas dos integrantes da equipe e a supervisão como espaços para tais reflexões. A equipe do HD preocupada com assistência, ensino e pesquisa, composta por um grupo fixo que partilha suas atribuições com profissionais em treinamento, dispõe de três reuniões (REG, REF e RC) como fóruns semanais de discussão. Nestes encontros do HD são feitas reflexões acerca da temática proposta acima. Estas outras reuniões não foram objeto desta pesquisa. Acreditamos que as REF e as RC apesar de distintas e separadas, ocorrem de forma complementar entre si e com as REG e que merecem, também, atenção específica em função da relevância que têm para o serviço. Além disto, seria interessante avaliar até que ponto as diferentes reuniões do HD são inter-relacionadas. Por outro lado, até o término da coleta de dados deste estudo, os profissionais do serviço não refletiram sua prática, atitudes, relacionamentos e sentimentos em um fórum específico como a supervisão institucional. Este é um tópico que, acreditamos, mereça ser reavaliado pela própria equipe deste HD.

Como já apontamos na introdução, é possível observar, além dos trabalhos em equipe já existentes, outros têm sido propostos, atendendo a necessidades variadas, entre elas as institucionais e as da clientela. Este fato traz um questionamento pertinente ao presente estudo. Os temas discutidos nas REG observadas poderiam ter sido reflexo do momento pelo qual a equipe estava passando, considerando o contexto micro (do HD) e

macro (comunitário, realidade sócio-política-econômica do país). Se outro período fosse avaliado, então, outros temas poderiam surgir.

Com o estudo que realizamos sobre as REG do HD da FMRP-USP, foi possível identificar a reunião como parte integrante do serviço (pela presença, participação e integração da equipe). Entendê-la melhor ao examinar seu funcionamento (como grupo operativo). E, finalmente, sugerir sua utilização, com base nos resultados apresentados, na prática em equipe interdisciplinar de Saúde Mental em comunidades terapêuticas, sejam elas voltadas para o ensino, pesquisa ou assistência.

Os resultados obtidos e discutidos neste trabalho mostram, também, que tanto a prática em equipe interdisciplinar de Saúde Mental como o seu estudo são fundamentais para o manejo desta, ainda tão discriminada e estigmatizada, doença mental. Por sua vez, estudar uma equipe através da observação da mesma em um de seus momentos mais “integrativos” que é o da reunião de seus componentes proporcionou um aprendizado ímpar ao autor do estudo. Este aprendizado vem tendo reflexos, desde o início da presente pesquisa, na prática em equipe onde o autor trabalha e tem influenciado sua participação como integrante das mesmas e como propagador do modelo interdisciplinar de atuação em grupo e certamente assim continuará em outras equipes onde venha a trabalhar. Além disso, sua curiosidade permanece estimulada no que se refere aos mecanismos grupais presentes nas instituições e, em especial, o interesse pela supervisão (ou *co-visão*) institucional.

Os questionamentos e sugestões levantados ao final deste estudo, suscitados pelos resultados encontrados, permaneceram sem resposta por não terem sido alvo da investigação realizada. Contudo, em conjunto com os resultados obtidos e discutidos e em consonância com a realidade atual e futura do trabalho em Saúde Mental (ou outra área qualquer que privilegie a prática em equipe), servem como base de estímulo para pesquisas futuras que tenham reuniões de equipes interdisciplinares como objeto de estudo, sejam elas conduzidas neste HD ou em qualquer outra instituição de saúde.

ANEXOS

ANEXO A

CATEGORIAS DE AVISOS E ASSUNTOS

AVISOS: comunicações breves que não entram na ordem do dia (agenda de assuntos), geralmente não ultrapassando o tempo de um minuto.

Categorias:

1. FREQUÊNCIA (F) – referente à frequência dos estagiários e membros da equipe fixa na reunião e nas atividades do HD, sendo assim discriminada:

- a. Atrasos – com ou sem justificativa, por razões pessoais ou do interesse do serviço.
- b. Faltas – com ou sem justificativa, por razões pessoais ou do interesse do serviço.
- c. Férias.
- d. Demissões.
- e. Aposentadorias.
- f. Licenças – saúde, prêmio, sem vencimentos.

2. ROTINAS E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO (R) - refere-se às atividades do serviço, seus horários, explicações ou esclarecimentos sobre o funcionamento das mesmas, e eventuais situações que alterem a rotina habitual do serviço (como greves, feriados), sendo assim discriminada:

a. Rotinas do serviço - horários, atividades, reuniões, supervisões, atividades com acadêmicos, programação e dificuldades com isto.

b. Feriados - planejamento do funcionamento do serviço em feriados.

c. Greves e/ou Paralisações - planejamento do funcionamento do serviço em tais situações.

d. Normas do serviço - hierarquias e burocracias do serviço, esclarecimentos e dificuldades com as mesmas.

3. ESTRUTURA FÍSICA (EF) - refere-se a manutenção e modificações quaisquer na estrutura física propriamente dita do serviço (instalações), seja em seu prédio como no ambiente. Inclui:

a. Reformas do prédio e pátio.

b. Manutenção do prédio, pátio e áreas verdes.

c. Desinsetizações e outros.

4. PACIENTES (P) - inclui questões ligadas à indicação para tratamento, aderência, evolução, manejo e conduta com os usuários do serviço - geralmente são avisos que acabam sendo transformados em assuntos, assim distribuídos:

a. Pertinência de indicação para tratamento no HD - quando há dúvidas quanto a gravidade da situação de determinado usuário, sobre o suporte familiar necessário, sobre o proveito que teria de um tratamento no HD e se o mesmo já esteve em tratamento no serviço anteriormente e o quanto teve de benefício naquela época.

b. Aderência ao tratamento - participação (nas atividades, no uso da medicação prescrita) e freqüência no tratamento.

c. Evolução, Manejo e Conduta - no serviço e fora dele.

d. Intercorrências - acidentes, falecimento de usuários e ex-usuários do HD.

5. ESTAGIÁRIOS (E) - incluídos como estagiários, os médicos residentes em psiquiatria, os aprimorandos em psicologia, terapia ocupacional e serviço social, e outros estagiários que venham a freqüentar o serviço (como profissionais desenvolvendo trabalhos científicos e/ou de pós-graduação no HD, alunos de faculdades). Os avisos ficam assim distribuídos:

a. Início de estágio.

b. Término de estágio.

c. Introdução de novo estágio.

d. Interrupção de estágio por decisão do estagiário (doença, gravidez, desistência do curso), ou por determinação da instituição (suspensão, afastamento, desligamento).

6. ATIVIDADES CIENTÍFICAS (AC) - referente à participação de técnicos e/ou estagiários do serviço em eventos científicos fora do HD (congressos, simpósios, jornadas, ciclos de estudo, painéis, cursos), a eventos científicos no HD (painéis, encontros científicos), publicações de trabalhos referentes ao HD em periódicos especializados, e a trabalhos de pós-graduação ou outros que têm o HD como fonte de estudo; ficando assim discriminadas:

a. Eventos no HD.

b. Apresentações em eventos fora do HD.

c. Participação em eventos fora do HD.

d. Publicações de trabalhos feitos no HD.

e. Pós-graduação no HD.

7. ATIVIDADES SOCIAIS (AS) - participação em atividades sociais como festas, confraternizações, encontros, coquetéis, passeios, apresentações de teatro, de corais, de músicos, ou outras, entre as pessoas da equipe sem a participação dos usuários, ou com a participação destes, e destes dois grupos com a comunidade em geral, distribuindo-se da seguinte forma:

- a. Entre os membros da equipe.
- b. Entre a equipe e os usuários.
- c. Entre o HD e a comunidade em geral.

Obs.: Nesta categoria especificar a atividade - passeio, festa, manifestação, apresentações, e outras.

8. RECEPÇÃO AOS QUE VISITAM O HD (V) - referem-se à recepção e organização do serviço quando há visitas ao mesmo, no geral assim apresentados:

- a. Ex-docentes da FMRP-USP.
- b. Ex-funcionários do serviço.
- c. Ex-estagiários do serviço.
- d. Representantes de outros serviços de saúde.
- e. Profissionais de saúde, não representando serviços.

ASSUNTOS: temas que entram em discussão, na ordem do dia, após serem propostos em esquema de agenda no início da reunião.

Categorias:

1. ROTINAS E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO (R) - refere-se às atividades do serviço, seus horários, explicações ou esclarecimentos sobre o funcionamento das mesmas, e eventuais situações que alterem a rotina habitual do serviço (como greves, feriados), sendo assim discriminada:

a. Rotinas do serviço - horários, atividades, reuniões, supervisões, atividades com acadêmicos, programação e dificuldades com isto.

b. Feriados - planejamento do funcionamento do serviço em feriados.

c. Greves e/ou Paralisações - planejamento do funcionamento do serviço em tais situações.

d. Normas do serviço - hierarquias e burocracias do serviço, esclarecimentos e dificuldades com as mesmas.

2. ESTRUTURA FÍSICA (EF) - refere-se a manutenção e modificações quaisquer na estrutura física propriamente dita do serviço (instalações), seja em seu prédio como no ambiente. Inclui:

a. Reformas do prédio e pátio.

b. Manutenção do prédio, pátio e áreas verdes.

c. Desinsetizações e outros.

3. PACIENTES (P) - inclui questões ligadas à indicação para tratamento, aderência, evolução, manejo e conduta com os usuários do serviço - geralmente são avisos que acabam sendo transformados em assuntos, assim distribuídos:

a. Pertinência de indicação para tratamento no HD - quando há dúvidas quanto a gravidade da situação de determinado usuário, sobre o suporte familiar necessário, sobre o proveito que teria de um tratamento no

HD e se o mesmo já esteve em tratamento no serviço anteriormente e o quanto teve de benefício naquela época.

b. Aderência ao tratamento - participação (nas atividades, no uso da medicação prescrita) e freqüência no tratamento.

c. Evolução, Manejo e Conduta - no serviço e fora dele.

d. Intercorrências - acidentes, falecimento de usuários e ex-usuários do HD.

4. ESTAGIÁRIOS (E) - incluídos como estagiários, os médicos residentes em psiquiatria, os aprimorandos em psicologia, terapia ocupacional e serviço social, e outros estagiários que venham a freqüentar o serviço (como profissionais desenvolvendo trabalhos científicos e/ou de pós-graduação no HD, alunos de faculdades). Os assuntos ficam assim distribuídos:

a. Início de estágio - questões ligadas à chegada dos novos estagiários, no geral são boas-vindas, expectativas da equipe em relação a eles, expectativas destes no serviço, esclarecimentos sobre o estágio e o serviço.

b. Término de estágio - saída de estagiários por término do período de estágio, contendo, geralmente, avaliação final do estágio, do estágio e sugestões dos estagiários para o programa oferecido.

c. Avaliações do estágio - são avaliações feitas durante o período de estágio, quanto ao estagiário, sua evolução, adaptação ao modelo de trabalho em comunidade terapêutica, relacionamentos com equipe e usuários, dificuldades e progressos, bem como críticas e/ou sugestões de inovações no serviço.

d. Relacionamento entre estagiários - evolução, adaptação ao convívio em equipe, progressos e dificuldades no relacionamento entre os estagiários (colaboração, freqüência nas atividades, e outras); dificuldades técnicas ou pessoais.

e. Relacionamento entre estagiários e equipe fixa - evolução, adaptação ao convívio em equipe, progressos e dificuldades no relacionamento técnico ou pessoal entre estagiários e equipe fixa.

f. Dificuldades específicas de estagiário específico - dificuldades técnicas ou de saúde do estagiário (física ou mental).

5. EQUIPE FIXA (EFx) - inclui questões ligadas à perda de membros da equipe fixa, por períodos longos ou permanentes (definitiva), sendo distribuídos assim:

- a. Aposentadoria.
- b. Demissão - solicitada pelo membro ou pelo serviço.
- c. Afastamento por doença.
- d. Licença sem vencimentos.
- e. Licença-prêmio.

6. ATIVIDADES CIENTÍFICAS (AC) - referente à participação de técnicos e/ou estagiários do serviço em eventos científicos fora do HD (congressos, simpósios, jornadas, ciclos de estudo, painéis, cursos), a eventos científicos no HD (painéis, encontros científicos), publicações de trabalhos referentes ao HD em periódicos especializados, e a trabalhos de pós-graduação ou outros que têm o HD como fonte de estudo; ficando assim discriminadas:

- a. Eventos no HD.

b. Apresentações em eventos fora do HD.

c. Participação em eventos fora do HD.

d. Publicações de trabalhos feitos no HD.

e. Pós-graduação no HD.

f. Conflitos entre os integrantes da equipe do HD em relação à liberação de técnico e/ou estagiário para participar em evento científico; quanto a mudanças nas rotinas do serviço por causa de algum evento.

g. Avaliação de evento científico constante nesta categoria.

7. ATIVIDADES SOCIAIS (AS) - participação em atividades sociais como festas, confraternizações, encontros, coquetéis, passeios, apresentações de teatro, de corais, de músicos, ou outras, entre as pessoas da equipe sem a participação dos usuários, ou com a participação destes, e destes dois grupos com a comunidade em geral, distribuindo-se da seguinte forma:

a. Entre os membros da equipe.

b. Entre a equipe e os usuários.

c. Entre o HD e a comunidade em geral.

d. Avaliação da participação e importância da atividade social após seu acontecimento.

Obs.: Nesta categoria especificar a atividade - passeio, festa, manifestação, apresentações, e outras.

8. RECEPÇÃO AOS QUE VISITAM O HD (V) - referem-se à recepção e organização do serviço quando há visitas ao mesmo, no geral assim apresentados:

a. Ex-docentes da FMRP-USP.

- b. Ex-funcionários do serviço.
- c. Ex-estagiários do serviço.
- d. Representantes de outros serviços de saúde.
- e. Profissionais de saúde, não representando serviços.

ANEXO B

PROTOCOLO DE REGISTRO

Exemplo de registro:

<p>3</p> <p style="text-align: center;">Md AS</p> <p>Avisa sobre o show do coral do HD na Capela na Sexta-feira.</p> <p style="text-align: right;">↓</p>	<p>Silêncio</p>	<p>□</p>
<p>30</p> <p style="text-align: center;">Md</p> <p style="text-align: right;">//</p>	<p><u>Ur</u></p> <p style="text-align: right;">//</p>	<p style="text-align: center;">Md</p> <p style="text-align: center;">propõe que vire assunto</p> <p style="text-align: right;">//</p>
<p>4</p> <p style="text-align: center;">Ab AS</p> <p>Agenda como <u>1º assunto</u>, show do coral</p> <p style="text-align: right;">//</p>	<p>Ad F</p> <p>avisa que não virá amanhã.</p> <p style="text-align: right;">//</p>	

Nomenclatura:

3 : número indicador do intervalo de tempo (no caso, 3º minuto);

Md : código de identificação do membro da equipe que está falando;

AS : código da categoria de aviso e/ou assunto que está sendo abordado (no caso, atividades sociais;

sobre... : descrição do conteúdo do assunto e/ou aviso;

Ab : coordenador - código correspondente ao mesmo contornado com um círculo;

1º assunto : indicação de proposta de assunto (repete-se ao iniciar discussão do assunto) de assunto;

// : final de cada aviso ou assunto - assinalado com duas barras no canto inferior da célula;

↓ : continuidade das falas na mudança de intervalo de tempo - seta no canto inferior;

Ur : falas rápidas - traço (sublinhado) embaixo do código de identificação do membro da equipe;

ANEXO C
FREQÜÊNCIA NA REUNIÃO

DATA: __/__/__

<input type="checkbox"/> Nomes dos Participantes:	Início	Final
Equipe Fixa:		
Adão – Ad		
Eva – Ev		
Abraão – Ab		
Madalena – Md		
Isabel – Is		
Maria. – Ma		
Ana – An		
Úrsula. – Ur		
Helena. – He		
Jacó – Já		
Estagiários:		
Rute – Ru		
Isac – Ic		
Cosme – Co		
Ester – Es		
Dorotéia – Do		
Rita – Ri		
Damião – Da		
Outros:		
Efigênia – Ef		

ANEXO D

Ribeirão Preto, Agosto de 1995.

Caro colega,

Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa nível Mestrado no curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da FMRP-USP, tendo o Hospital-Dia (HD) como objeto do mesmo.

Para tanto, venho solicitar sua colaboração no sentido de ajudar no registro de situações que acontecem no dia-a-dia do serviço, sejam elas parte da rotina ou não. As situações a serem registradas podem estar direta ou indiretamente ligadas à comunidade do HD. A título de ilustração citarei alguns exemplos: 1. Na reunião de recreação foi discutida proposta de um paciente de fazer um passeio ao lugar "X"; 2. Na Reunião Comunitária foi proposto por um membro da equipe fixa que houvesse participação do HD nas manifestações do "dia da luta antimanicomial", tendo sido sugeridas tais formas: ...; 3. No ambiente, na cozinha, o paciente fulano apresentou crise de agitação psicomotora, quebrando objetos do serviço, e a equipe e demais pacientes procederam da seguinte forma: ...; 4. Recebida a visita de ex-funcionário, ex-paciente ou outra qualquer; 5. Paciente beltrano faltou pela "X" vez, discutido durante passagem de plantão, sugerido levar para supervisão e/ou para Reunião de Equipe Geral; 6. Iniciado novo estágio de residentes e/ou aprimorandos com a chegada de: ...; 7. Estagiário mostrando dificuldades em manejar determinado paciente; 8. Queixas referentes à supervisão, estrutura e funcionamento do serviço, feitas por membros da equipe fixa e/ou estagiários; 9. Não funcionamento do serviço por dedetização do prédio; 10. Ausência de coordenador em uma reunião.

Os registros serão feitos pela funcionária Helena ("Lena"), por um período inicial de duas semanas. Assim, solicito que a informe sobre as situações que presenciou, ou que as registre e deposite em urna que será colocada na Sala de Reuniões. A funcionária "Lena" poderá esclarecê-lo sobre dúvidas que surjam.

Agradeço, antecipadamente, por sua colaboração e informo estar à disposição para maiores esclarecimentos.

EDSON ARTHUR SCHERER

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. **História da Psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo, IBRASA, 1968.

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

ANZIEU, D.; MARTIN, J.-Y. **La Dinámica de los Grupos Pequeños**. Buenos Aires, Kapelusz, 1971.

BADARACCO, J. E. G. **Comunidade Terapêutica Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. **A instituição Negada**. Rio de Janeiro, Graal, p. 99-133, 1991.

BION, W. R. **Experiencias en Grupos**. Buenos Aires, Paidós, 1963.

BLAYA, M. **Conceitos e indicações do Hospital-Dia Psiquiátrico**. Rev. Assoc. Med. Rio Grande do Sul, v. 4, nº 3, p. 64-68, 1960.

_____ O primeiro Hospital-Dia Psiquiátrico no Brasil: análise do seu funcionamento e de seus problemas. **Arq. Clín. Pínel**, nº. 2, p. 28-33, 1962.

_____ Potencialidades e Vicissitudes nas alternativas para a internação hospitalar do paciente previdenciário psiquiátrico. **Arq. Clín. Pínel**, v. 5, nº 2, p. 115-127, 1979.

BLEANDONU, G.; DESPINOY, M. **Hôpitaux de Jour et Psychiatrie dans la Communaaté**: étude documentaire, institutionnelle et critique. Paris, Payot, 1974.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia**: entrevistas e grupos. São Paulo, Martins Fontes, 1987.

_____ **Psico-higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

BLOMM, B. L.; PARAD, H. J. Interdisciplinary training and interdisciplinary functioning: a survey of attitudes and practices in Community Mental Health. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 46, n. 4, p. 669-677, 1976.

BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico**. São Paulo, Hucitec, 1993.

BUSNELLO, E. A. D. **A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária**. Porto Alegre, 1976, 282 p. Tese (Livre-Docência) Faculdade de Medicina de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BUTTERILL, D.; O'HANLON, J.; BOOK, H. When the system is the problem, don't blame the patient: problems inherent in the interdisciplinary team. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 37, p. 168-171, 1992.

CAMPOS, M. A. **O Hospital-Dia como alternativa assistencial em Psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares**. Ribeirão Preto, 1986, 153 p. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

_____ Experiência de trabalho em uma equipe multidisciplinar de um Hospital-Dia psiquiátrico universitário: reflexões sobre dinâmica de grupo. **Revista ABP-APAL**, v.10, nº 1, p. 30-34, 1988.

_____ O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 41, nº 6, p. 255-257, 1992.

_____ **A Hospitalização Diurna em Psiquiatria cinqüenta anos depois** – um olhar ao longo do tema e do tempo. Estudos em Saúde Mental, Ribeirão Preto, 1997, p. 253-263,.

_____; CONTEL, J. O. B. Reuniões Comunitárias em um Hospital-Dia Psiquiátrico Universitário: Implantação e análise preliminar da experiência. **Revista ABP-APAL**, v. 18, nº 4, p. 11-16, 1996.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo, Cultrix, 1996.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto, Afrontamento, 1993.

CATROPA, S. L. M.; MASSA, A. M. As vicissitudes no trabalho em equipe multiprofissional. **Boletim de Psiquiatria**, v. 20, n. 1/2, p. 17-19, 1987.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social**: problemas brasileiros de saúde mental.

Rio de Janeiro, Atheneu, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 1. Rio de Janeiro, 1987.

Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde / Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Brasília, 1988.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2. Brasília, 1992.

Relatório Final. Divisão Nacional de Saúde Mental, 1994.

CONTEL, J. O. B. Quinze anos de Hospital-Dia psiquiátrico: contribuição ao estudo da prática de comunidade terapêutica, psicoterapia de grupo e princípios psicanalíticos em hospital psiquiátrico no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 40, nº 4, p. 163-169, 1991.

_____ Trabalhando com grupos em instituição: origens do método, teoria e prática. In: OLIVEIRA JÚNIOR, J. F. et al. **Grupoterapia**: teoria e prática. Campinas, SPAG-CAMP, 1997.

_____; ZUCOLOTO, L. H.; SCALOPPI, E. L.; NOVAES, S. Equipe psiquiátrica: sua introdução e importância no tratamento e alta hospitalar de pacientes asilados em um grande hospital público. **Neurobiologia**, v. 40, n. 4, p. 413-424, 1977.

CUADRA, A. R.; APALATEGUI, M. U. **Enfermería**: Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Barcelona, Salvat, 1991.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil: com um apêndice sobre a questão dos crônicos. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs) **Cidadania e Loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1987, p. 171-202.

DIBELLA, G. A. W. et al. **Handbook of Partial Hospitalization**. New York, Brunner/Mazel, 1982.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo, Perspectiva, 1978.

_____ **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.

_____ **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis, Vozes, 1986.

FURTADO, T. **Hospital-dia, passageiro para a vida**: o jogo da identidade e diferença. Rio de Janeiro, Revinter, 1994.

GOULART, M. S. B. Equipe de saúde mental: a Torre de Babel da saúde pública. **Cadernos de Psicologia**, v. 1, n. 2, p. 49-56, 1988.

ISHARA, S. Comunidade Terapêutica. 6º Ciclo de Estudos em Saúde Mental, 1998, Ribeirão Preto. **Simpósios e Conferências**, 1998, p. 110-119.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

JONES, M. **Comunidade Terapêutica**. Petrópolis, Vozes, 1972.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

KASS, F. I.; KAHN, D. A.; FELIX, A. Day Treatment in a shelter: a setting for assessment and treatment. In: LAMB, H. R.; BACHRACH, L. L.; KASS, F. I. **Treating the Homeless Mentally III**. Washington, American Psychiatric Association, 1992, p. 263-277.

KINOSHITA, R. T. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: MARSIGLIA, R. G. et al. **Saúde Mental e Cidadania**. 2. ed., São Paulo, Edições Mandacaru, 1987, p. 67-83. (Plenário de trabalhadores em saúde mental).

LAMB, H. R. Deinstitutionalization in the Nineties. In: LAMB, H. R.; BACHRACH, L. L.; KASS, F. I. **Treating the Homeless Mentally III**. Washington, American Psychiatric Association, 1992 ,p. 41-54.

LAMBERT, A. A. **Grupo de Seguimento a Longo Prazo de Egressos de um Hospital-dia Psiquiátrico**: um estudo retrospectivo. Ribeirão Preto, 1999, 82 p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1989.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. São Paulo, Duas Cidades, 1991.

MARÇAL RIBEIRO, P. R. Da Psiquiatria à Saúde Mental: esboço histórico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 48, nº 2, p. 53 – 60, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec, 1999.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**: treinamento em grupo. Rio de Janeiro, José Olympio, 1997.

ODA, A. M. G.; BANZATO, C. E. M.; CONTEL, J. O.B. Hospital-dia. In: BOTEGA, N. J. B. (org.). **Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral**. Campinas, Papyrus, 1995, p.83-95.

OSÓRIO, L. C. Processos obstrutivos nos sistemas sociais, nos grupos e nas instituições. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997a, p.69-74.

_____ Como Supervisionamos em Grupoterapia. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. e cols. **Como trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997b, p.83-92.

_____ Terapia Institucional. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. e cols. **Como trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997c, p. 389-398.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation methods**. Beverly Hills, Sage Publications, 1983.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo, EDUSP, 1999.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

PRADO JÚNIOR, B. Conclusão. In: D'INCAO, M. A. et al. **Doença Mental e Sociedade** – uma discussão interdisciplinar. Rio de Janeiro, Graal, 1992, p. 305-308.

ROSSINI, M. G. C. **Estudo da prática do enfermeiro em Hospitais-Dia Psiquiátricos**. Ribeirão Preto, 1998. 100p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. (orgs.) **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992, p.41-55.

ROUANET, S. P. Razão e Paixão. In: CARDOSO, S. et al. **Os Sentidos da Paixão**. São Paulo, Companhia das Letras, 1987, p.437-467.

ROUSSEAU, J.-J. **O contrato social**. São Paulo, Martins Fontes, 1998.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**: guia básico para atenção primária. São Paulo, Hucitec, 1994.

SCHERER, E. A.; CAMPOS, M. A. **O trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental**: uma revisão da literatura. Estudos em Saúde Mental, Ribeirão Preto, 1997, p. 264-285.

_____ Estudo de Reuniões de Equipe Geral (REG) em um Hospital-dia Psiquiátrico. In: 6º Ciclo de Estudos em Saúde Mental, 1998. **Anais**. Ribeirão Preto, 1998, p.88.

SCHITTAR, L. A ideologia da comunidade terapêutica. In: BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 2. ed., Rio de Janeiro, Graal, 1991, p. 135-156.

SCHUTZ, W. C. **Psicoterapia pelo Encontro**. São Paulo, Atlas, 1978.

SERRANO, A. I. **O que é Psiquiatria alternativa**. São Paulo, Nova Cultura: Brasiliense, 1986.

STAHELSKI, A. J.; TSUKUDA, R. A. Predictors of cooperation in the health care teams. **Small Group Research**, v. 21, n. 2, p. 220-233, 1990.

TAPIA, L. E. R.; CONTEL, J. O. B.; CAMPOS, M. A. Visão de mundo em Hospital-dia psiquiátrico: exegese existencial de textos científicos da equipe terapêutica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46, nº 4, p. 223-226, 1997.

TREVIZAN, M. A. **Liderança do enfermeiro**: o ideal e o real no contexto hospitalar. São Paulo, Sarvier, 1993.

YLLA-SEGURA, L. Algunos aspectos de las funciones y mecanismos psicologicos de actuacion del equipo medico-social. **Psiquis – Revista de Psiquiatria, Psicologia e Psicossomática**, v. 11, n. 4, p. 46-47, 1990.

ZUSMAN, J. A. Hospital-Dia: uma perspectiva histórico-crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 41, nº 8, p. 393-398, 1992.

SUMMARY

The present study, configured as a naturalistic research conducted by observation, had as objectives characterize the general team meetings of the day hospital of the psychiatry discipline of the FMRP-USP as for themes, members' verbal participation and using of time, describing its insertion at the service and raising subsidies that allow a better understanding and using of this meetings in different contexts. There where discussed 46 subjects in 21 observed meetings, 36 suggested by the permanent group and 10 by the medical trainees. The permanent group had greater verbal participation, having prevailed the occupation of time by the professor in 12 meetings and by the superior level technicians in 7. In 18 of the studied meetings there was correspondence between the discussed themes and the diary situations registered at the weeks that antecedent them. The meetings in 11 encounters and the co-ordination in 13 were evaluated as productive by the observers. The findings show that this meetings configure as operative groups inserted regularly at the service. The power relations and the differences of experience and technical knowledge between the different professionals seems to contribute to a greater or lesser participation at the meetings. By being a benefit place to exchange views, we suggest the utilization of these meetings in other health services that work with team assistance.