

## OS DESAFIOS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DO DIÁLOGO ÀS RELAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

The challenges of providing mental health care: from the dialogue to the multiprofessional relationships

Los desafíos de la producción del cuidado en salud mental: del dialogo las relaciones multiprofesionales

Israel Coutinho Sampaio Lima<sup>1\*</sup>; André Marques Martins<sup>2</sup>; Sérgio Beltrão de Andrade Lima<sup>3</sup>; Patrícia Lira Bizerra<sup>4</sup>

### Como citar este artigo:

Lima ICS, Martins AM, Lima SBA, *et al.* Os Desafios da Produção do Cuidado em Saúde Mental: do Diálogo às Relações Multiprofissionais. Rev Fun Care Online.2020. jan./dez.; 12:1260-1266. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8200>

### ABSTRACT

**Objective:** The study's purpose has been to analyze the conformation of the multiprofessional and interdisciplinary working process with emphasis on the decision-making process and the construction of interpersonal relationships for the development of mental health care. **Methods:** It is a qualitative study that was performed over the period from July to August 2017 at a *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)* [Psychosocial Care Center], which is located in the municipality of *Crateús*, Ceará State, Brazil. This research counted with ten participants. The interviews were guided by a semi-structured script and processed through the content analysis. **Results:** The data points to a predominant conformation of the alignment of professional groups, due to the fragmentation of language, objectives, technical differences and professional autonomy. **Conclusion:** Bearing in mind the existence of overlapping actions among the professional groups, it is important to include the conflict mediator, which can enable a common assistance project.

**Descriptors:** Patient care team, Communication, Mental health services.

- <sup>1</sup> Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Universidade Estadual do Ceará, UECE.
- <sup>2</sup> Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Amazonas. Especialista em Medicina do Trabalho pela Universidade Estácio de Sá. Servidor do Hospital Santa Lúcia. Universidade Estácio de Sá, UNESA.
- <sup>3</sup> Mestre em Saúde Coletiva pelo Sírio Libanês. Docente da Universidade Estadual do Pará. Universidade Estadual do Pará, UEPA.
- <sup>4</sup> Mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Docente da Universidade Católica Dom Bosco. Universidade Católica Dom Bosco, UCDB.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a conformação do processo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar com ênfase na tomada de decisão e na construção de relações interpessoais para o desenvolvimento da atenção à saúde mental.

**Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, realizado no Centro de Atenção Psicossocial, de Crateús, Ceará, Brasil, entre os meses de julho a agosto de 2017, com dez participantes. As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado e tratadas através da análise de conteúdo. **Resultados:** Os dados apontam para uma conformação predominante do agrupamento dos núcleos profissionais, diante da fragmentação da linguagem, dos objetivos, das diferenças técnicas e autonomia profissional. **Conclusão:** Tendo em vista e existência da sobreposição de ações entre os núcleos profissionais, torna-se importante incluir neste processo o mediador de conflitos, o qual possa viabilizar um projeto assistencial comum.

**Descritores:** Equipe de Assistência ao Paciente, Comunicação, Serviços de Saúde Mental.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la conformación del proceso de trabajo multiprofesional e interdisciplinario con énfasis en la toma de decisión y en la construcción de relaciones interpersonales para el desarrollo de la atención a la salud mental.

**Método:** Se trata de un estudio cualitativo, realizado en el Centro de Atención Psicossocial I, de Crateús, Ceará, Brasil, entre los meses de julio a agosto de 2017, con diez participantes. Las entrevistas fueron guiadas por guión semiestructurado y tratadas a través del análisis de contenido. **Resultados:** Los datos apuntan a una conformación predominante del agrupamiento de los núcleos profesionales, ante la fragmentación del lenguaje, de los objetivos, de las diferencias técnicas y autonomía profesional. **Conclusión:** Teniendo en vista y existencia de la superposición de acciones entre los núcleos profesionales, es importante incluir en este proceso el mediador de conflictos, el cual pueda viabilizar un proyecto asistencial común.

**Descriptores:** Equipo de Asistencia al Paciente, Comunicación, Servicios de Salud Mental.

## INTRODUÇÃO

As interfaces que se estabelecem no trabalho diário em saúde mental possuem estreita ligação com o paradigma da desinstitucionalização manicomial e a cisão com suas práticas biomédicas. Essas mudanças tiveram grande significação para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), porém o percurso reformista vai além da reorientação sobre as formas de cuidado. Ela redireciona o conceito de doença mental nos campos sociocultural e jurídico-legal, por buscar reinventar o sentido da vida, do convívio social e da saúde.<sup>1</sup>

Com isso, o foco da atenção aos cuidados de saúde mental recai sobre a equipe multiprofissional, exigindo certa disposição interdisciplinar, objetiva e subjetiva para o desenvolvimento de ações planejadas de modo compartilhado.<sup>2</sup>

A relação do trabalho multiprofissional se dá por diferentes formações na saúde. Tal lógica, quando associada ao trabalho interdisciplinar, busca fazer com que diferentes atores compartilhem saberes específicos de suas formações, articulando-os em uma prática colaborativa em detrimento do cuidado.<sup>3</sup>

O processo de trabalho neste estudo é caracterizado a partir de dois tipos de equipes, descritas como integração e agrupamento. A primeira busca articular ações, através da tomada de decisão participativa e compartilhada, havendo articulação das ações por meio da integração dos agentes, com a elaboração conjunta da linguagem, inerente à efetivação do agir-comunicativo. As ações do projeto assistencial são comuns a todos os participantes, as quais buscam diminuir as desigualdades técnicas entre as especialidades, corroborando, assim, para uma maior flexibilidade da divisão do trabalho, através da autonomia interdependente dos agentes.<sup>4</sup>

Já na equipe agrupamento ocorre justaposição das ações, na qual cada ator se agrupa, porém não se interrelacionam de modo cooperativo, gerando fragmentação do cuidado. Nesta conformação não há agir-comunicativo, pois a comunicação apresenta característica pessoal e tecnológica. Os agentes não tomam consciência do modelo dominante de atenção à saúde. Desta forma, não conseguem reelaborar um projeto assistencial comum entre a equipe. Fortificando, assim, as diferenças entre as especialidades, as competências exclusivas das áreas de formação, nas quais a autonomia está relacionada ao tipo de categoria profissional.<sup>4</sup>

Desta forma, ao ter em vista a interrelação no ambiente de trabalho em saúde, a literatura<sup>5</sup> afirma que o processo de trabalho em saúde mental é constituído por elementos objetivos e subjetivos, cuja transformação das práticas biomédicas só pode se dar durante o desenvolvimento do trabalho, através da participação dos atores no ato de cuidar e na reflexão sobre como tais ações estão afetando os usuários dos serviços de saúde.<sup>5</sup>

Comumente, a não percepção sobre as práticas diárias de atividades assistenciais de cunho biomédico, por parte da equipe, tende a tornar as relações de trabalho em saúde mental fragmentadas, mesmo estando tais profissionais vinculados a serviços comunitários de saúde mental.<sup>6</sup>

Tendo em vista tal contexto, o estudo objetivou analisar a conformação do processo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar com ênfase na tomada de decisão e na construção de relações interpessoais para o desenvolvimento da atenção à saúde mental, tendo como parâmetro a integração e o agrupamento das ações.

## MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, derivada de pesquisa realizada no âmbito do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. O método qualitativo busca responder questões de extrema particularidade, o mais próximo da realidade vivida, distanciando-se das medidas de valor em sua interpretação.<sup>7</sup>

O estudo foi realizado no município de Crateús, localizado no Estado do Ceará, Brasil, com porte

populacional de 72.812 mil habitantes, conforme o último censo levantado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.<sup>8</sup> Tendo como cenário o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por ser o único dispositivo de atenção psicossocial no presente município. Os dados saturaram depois de realizadas entrevistas com 10 participantes que faziam parte da equipe multiprofissional de nível superior do Centro de Atenção Psicossocial no município de Crateús, Ceará, Brasil.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e agosto de 2017, através de entrevista, gravada com auxílio de MP3, guiada por roteiro semiestruturado. Na primeira etapa foram coletados dados sobre a caracterização dos participantes do estudo, no segundo momento foram realizadas perguntas abertas, objetivando atender à seguinte questão norteadora: Como se dão as relações de trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde mental com foco na comunicação e no projeto assistencial comum?

Foi utilizada como técnica para o tratamento dos dados a análise de conteúdo.<sup>9</sup> No primeiro momento foi realizada a pré-análise, através da leitura flutuante e escolha das falas do conteúdo sistematizado. Na sequência, houve a exploração do material por meio da descrição analítica do corpus do conteúdo, sendo guiada pela questão norteadora e fundamentação teórica. Por fim, os resultados foram tratados por inferência e interpretação, codificados e categorizados, o que possibilitou a discussão e análise das seguintes categorias empíricas: desafios da comunicação em saúde mental; desafios das especificidades e autonomia do trabalho especializado; e projeto assistencial comum.

O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estácio de Sá, sob CAAE: 61273316.0.0000.5284, o qual garante os preceitos éticos dos estudos que envolvem seres humanos, conforme resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>10</sup> A fim de garantir o anonimato aos participantes, os mesmos foram identificados por uma letra aleatória, seguida de um algarismo arábico em sequência de entrevista concedida, como o seguinte exemplo: F2.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos participantes

A maioria dos participantes pertenciam ao sexo feminino (seis). Quanto à faixa etária, destacam-se os profissionais de 30 a 39 anos com um total de (cinco). A enfermagem apresenta notoriedade dentro da área de formação dos profissionais devido à forte participação no estudo com um total de (cinco) participantes, apresentando ainda (três) psicólogos, (um) assistente social e (um) terapeuta ocupacional.

Quando se observa o grau de formação destes profissionais, (seis) apresentam título de especialista nas seguintes áreas: (três) em Saúde Mental, (um) em Desenvolvimento Infantil, (um) em Psicodiagnóstico/

Psicopedagogia e (um) em Saúde da Família. No que se refere ao tipo de vínculo profissional, (seis) faziam parte do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, (três) eram concursados e (um) era contratado.

### Desafios da comunicação em saúde mental

Esta categoria se refere à comunicação entre os profissionais, diferenças técnicas, especificidades e autonomia do trabalho especializado. Desafios estes enfrentados no cenário do presente estudo, por duas forças opostas, formadas pela equipe de residentes multiprofissionais em saúde mental e de profissionais permanentes do serviço, os quais disputam o domínio sobre o processo de trabalho, através da comunicação.

Apesar de haver comunicação entre as equipes, a mesma é afetada pelo entendimento distinto sobre o desenvolvimento do processo de trabalho entre os núcleos profissionais, conforme ressaltam as falas a seguir.

*Há comunicação entre os profissionais, porém os profissionais do serviço apresentam uma certa dificuldade de compreensão sobre o processo de trabalho coletivo dos residentes em saúde mental, o que gera um certo atrito [...]. (F2)*

*A relação é conflituosa, exatamente por não entenderem a lógica do trabalho coletivo em saúde mental [...]. (D5)*

*A comunicação é fragilizada, porque os profissionais do serviço não entendem o processo de trabalho da residência [...]. (A10)*

Como observado nas falas, a integração dos agentes é afetada pela resistência ou dificuldade de compreensão pelos profissionais permanentes do CAPS, diante do trabalho coletivo em saúde mental, proposta pelos residentes. Tal cisão vivenciada entre as equipes torna o processo de trabalho difícil, conflituoso e fragilizado, por não haver um agente mediador. Este elemento tornaria tal momento privilegiado, diante da possibilidade da problematização sobre os processos de trabalho de ambos os núcleos, o qual poderia favorecer a integração entre os agentes.

Essa relação conflituosa entre os núcleos profissionais deste estudo apresentam elementos constitutivos da equipe agrupamento, por corresponder a um nível de tensão, o qual é manifestado pelo diálogo tecnicista, sobreposição de ações associadas ao perfil de práticas com sentido de amizade ou a troca de favores, inerente à posição hierárquica dos profissionais da equipe.<sup>4, 11</sup> Situação observada neste contexto, retratada por D5:

*Temos uma coordenadora e temos uma pessoa que assume algumas funções como se fosse um líder informal [...] às vezes a equipe entende de não fazer uma atividade e a gestão diz: pois vocês vão fazer [...] aí o que acontece*

*é que essa outra pessoa que está por trás da coordenação acaba fazendo a mesma coisa, como se fosse uma troca de favor. (D5)*

Com esse sentido, a comunicação entre os atores apresenta um sentido de amizade ou de troca de favores, operando na dimensão pessoal e tecnológica, na qual o sujeito sobrepõe o agente técnico e o trabalho, há redução da interação e da noção de trabalho em equipe, por primar pela associação e dependência das boas relações devido à subordinação hierárquica do modelo agrupamento.<sup>4,11,12</sup>

Apesar de não haver agir-comunicativo, devido a oposição de ideias entre os núcleos profissionais, a literatura apresenta tal evento como momento privilegiado de embate, exatamente por proporcionar um tensionamento problematizador na prática dos trabalhadores de saúde mental.<sup>13</sup>

É diante do embate promovido pela comunicação que o modo psicossocial propõe valorizar a contradição do cuidar biomédico, reproduzido de forma inconsciente na atenção psicossocial, exatamente por problematizar a prática tradicional e a inovadora, entre aquilo que era verdade hegemônica e o que agora pode ser considerada mais uma verdade, promovendo uma nova forma de interrelação entre a clínica, o sujeito, o serviço e a comunidade.<sup>13</sup>

Esse desafio do processo comunicativo multiprofissional só se integrará mediante a inclusão de um profissional que exerça a função de agente mediador de interesses e conflitos, o qual tenha isonomia sobre o desenvolvimento do processo de trabalho entre os núcleos profissionais. Este exercício interdisciplinar tem como potencial criar planos de mediações entre os saberes dos sujeitos ou grupos que compõem a equipe multiprofissional, diante do saber e do fazer operante do cuidado.<sup>14</sup>

Porém, ressalta-se que o meio por si só não favorecerá o percurso interdisciplinar. É fundamental haver a figura do mediador, pois este tem como papel favorecer a reelaboração e reformulação de possíveis soluções diante de interesses opostos.<sup>15</sup>

### **Desafios das especificidades e autonomia do trabalho especializado**

As diferentes formas sobre a compreensão da construção do saber e as técnicas de intervenção dentro do trabalho especializado referem-se às desigualdades de valores, meios de hierarquização do trabalho e normas sociais, as quais tendem a disciplinar tecnicamente as profissões. Correspondendo, assim, às diferentes áreas profissionais e à relação de poder que cada uma exerce sobre a outra.<sup>4</sup>

Há um forte indicativo de que a equipe formada por residentes em saúde mental busca construir as relações através da comunicação, diante da flexibilização das ações, de acordo com o modelo psicossocial de atenção à saúde mental. Características estas que estão relacionadas à equipe integração, como observado nas seguintes transcrições:

*[...] sobre o desenvolvimento do trabalho sem rótulo, mais flexível e coletivo entre a equipe multiprofissional, há uma dificuldade de aceitação [...]. (F2)*

*[...] os profissionais do serviço estão mais voltados para o modelo médico de atenção, medicamentoso, trabalho individual da enfermagem, psicologia, medicina, assistência social, cada um com sua atribuição [...] onde todo mundo tem que está dentro do CAPS né [...] quem não trabalha dentro do CAPS, não está trabalhando [...]. (A10)*

A literatura aponta que, quanto maior a aceitação sobre a flexibilização da divisão do trabalho coletivo em saúde mental, maior será a integração dos agentes e quanto maior for a especificidade dos trabalhos, mais próximo os profissionais estão da equipe agrupamento. Neste sentido, o desenvolvimento do trabalho coletivo favorece uma menor desigualdade entre os diferentes atores e suas especialidades, ocorrendo maior integração na equipe, pois os profissionais entendem que o objetivo central do cuidado é o sujeito.<sup>4,14,16</sup>

Desta forma, salienta-se que tanto a equipe integração como a agrupamento são afetadas pelas diferenças técnicas do trabalho especializado, porém, quanto menores forem as desigualdades hierárquicas entre os profissionais, independente de sua formação profissional, mais próximo da integração a equipe está.<sup>3,4</sup>

Somando-se a esse contexto, o modelo biomédico tende a gerar desgaste nas relações interprofissionais, entre ambos os núcleos profissionais, como observado nas falas supracitadas de F2 e A10. Fica evidente que a equipe de residentes em saúde mental busca planejar suas ações com foco na flexibilização do trabalho, nas quais os agentes desenvolvem um plano comum de cuidados dentro e fora do CAPS, por buscarem se aproximar do modelo psicossocial.

Já a equipe formada pelos profissionais permanentes do serviço busca pactuar planos assistenciais centrados na doença, onde cada profissional detém um saber resguardado por habilidades próprias, em uma estrutura hierárquica inflexível. Tal inflexibilidade tenderá a gerar cisão dos núcleos frente à tentativa do exercício pleno da autonomia ou à ausência desta pelos profissionais, onde cada equipe trabalha de uma forma, como observa F2.

*[...] acaba que a equipe de profissionais permanente da unidade trabalha de uma forma e nós de certa forma de outra [...]. (F2)*

Neste processo de inflexibilidade do trabalho especializado em saúde mental desenvolvido dentro da atenção psicossocial, o elemento mais afetado é o usuário, pois o agrupamento dos agentes do trabalho não permite

que seus problemas de saúde sejam acolhidos e resolvidos. O usuário neste contexto torna-se coadjuvante do processo de cuidado em saúde mental, em razão da disputa do território (serviço) pelos núcleos profissionais.

Essa sobreposição de interesses entre os núcleos profissionais do estudo é característica do modelo agrupamento, exatamente por ignorarem o âmbito no qual se procede o desenvolvimento do trabalho. Desta forma, a literatura aponta para a sobreposição de interesses relacionados ao saber instrumental sobre o exercício da prática, os quais estão associados ao positivismo das ciências biológicas que tendem a generalizar todos os aspectos, pois o objetivo central é a cura da doença. Por outro lado, a reabilitação psicossocial busca reconhecer a racionalidade prática, diante das necessidades psicossociais de saúde dos usuários em um dado contexto sociocultural, econômico e político.<sup>17</sup>

No que se refere à autonomia profissional, há três concepções distintas, estando a autonomia plena e a ausência de autonomia ligada à equipe agrupamento. Na primeira, o profissional busca uma conformação onde detém de autonomia plena, através do mais amplo espectro de independência de sua profissão. A segunda ignora a autonomia do próprio trabalho. Já a autonomia interdependente busca a compreensão da técnica e do conjunto dos agentes, sendo comum nas equipes integração.<sup>4</sup>

A autonomia plena ou a ausência da mesma é vista como uma barreira entre os profissionais que trabalham em saúde mental, exatamente por promover uma desagregação dos agentes, diante de um plano fragmentado de cuidados, no qual cada profissional se concentra na defesa de suas profissões. Porém, há evidências de que a inserção de programas de residência multiprofissional pode auxiliar na mudança do paradigma envolvendo o trabalho em saúde mental individual, através da inclusão de ações e planejamento conjunto de metas diante das necessidades dos usuários do serviço de saúde.<sup>18</sup>

Este processo de mudança promovido pela inserção do programa de residência multiprofissional em saúde mental é observado pelo participante W3:

*[...] até que de uns tempos para cá vem melhorando, parece que os profissionais do serviço estão começando a compreender a lógica do trabalho coletivo, flexível [...].*  
(W3)

Evidencia-se, assim, a potencialidade desta estratégia como meio promotor do desenvolvimento do processo de trabalho, ancorado na atenção psicossocial por meio de ações interdisciplinares em saúde mental coletiva.

### **Projeto assistencial comum**

O projeto assistencial comum em saúde mental vem sendo afetado no cenário do estudo, exatamente por não

haver um acordo entre os núcleos profissionais diante do planejamento dos cuidados de saúde mental.

A presença do modelo biomédico e o não reconhecimento de suas práticas dentro da atenção psicossocial pelos profissionais permanentes do serviço tendem a dificultar a elaboração e efetivação de um plano de ação comum. Tal inobservância provoca em ambas as equipes a fragmentação dos cuidados de saúde mental, exatamente por não haver agir-comunicativo, flexibilização do trabalho especializado e de suas especificidades, o que reduz a autonomia da equipe multiprofissional dentro do processo de trabalho. Essa conformação pode ser observada nas seguintes falas:

*A gente percebe uma resistência em trabalhar umas coisas que são preconizadas pela política, algumas questões da própria Escola de Saúde Pública que envolvem o trabalho da residência, tipo para sair daquele modelo biomédico assistencialista, onde fica cada profissional separado em uma sala [...].* (R1)

*Tipo a renovação de receita [...] a gente vê que precisa de uma qualidade, porque renovar receita por renovar, você não vai estar com paciente só entregando receita. Os residentes voltavam e os profissionais do serviço não voltavam os usuários [...].* (W3)

A não existência de um projeto assistencial comum é vista também em outro estudo, o qual é caracterizado por inexistência de uma filosofia norteadora das ações e objetivos centrais para o desenvolvimento do acolhimento e tratamento dos usuários na rede de saúde mental. O foco do trabalho em equipe, neste contexto, está na disposição técnica de cada especialidade e não na elaboração conjunta de ações.<sup>17</sup>

Todavia, a equipe de profissionais permanente da unidade desconsidera o exercício de práticas hegemônicas ligadas ao modelo biomédico e manicomial, promovendo de forma inconsciente a redução do trabalho multiprofissional, por segregar e limitar as novas formas do cuidado em saúde mental, as quais consideram o sujeito como indivíduo único em um contexto psicossocial.

Isso demonstra que os serviços podem ser inovadores, porém o desenvolvimento da prática no seu interior pode ainda estar condicionado ao modelo manicomial e biomédico de atenção à saúde, o qual promove exclusão e violência institucional. De nada adianta promover a abertura de novos serviços de saúde mental, de base comunitária, se o seu interior se assemelha à forma asilar.<sup>13</sup>

Ao tomar ciência de tamanha responsabilidade, os profissionais estarão trabalhando com a lógica de equipe integração, exatamente por existir agir-comunicativo no qual todos dialogam em conjunto, reconhecendo os modelos hegemônicos do cuidado, buscando transformar de forma coletiva os modelos dominantes em novas práticas,

as quais fazem parte do ideário comum da equipe.<sup>4,14</sup>

Essa dificuldade de compreensão manifestada pelos residentes sobre a forma de entendimento do próprio trabalho, diante do comportamento dos profissionais permanentes do serviço, refere-se à inabilidade ou ao processo inconsciente de reprodução de técnicas, habilidades e forma de gestão de práticas biomédicas de atenção à saúde mental, dentro do modelo psicossocial. O não reconhecimento de tais ações é tido como particularidades como:

*[...] é muito residente [...] cada um com sua particularidade [...]. (G9)*

A literatura chama atenção para a construção de uma cultura psicossocial, no campo da formação profissional, a qual possa compreender a necessidade sobre o desenvolvimento e políticas referentes à saúde mental, tendo como estratégia a reorientação dos currículos de graduação, assim como a inclusão de programas de residência multiprofissional em saúde mental dentro dos serviços, os quais possam romper o isolamento tecnicista que o modelo biomédico institucionalizou nos serviços de saúde mental no Brasil.<sup>18-21</sup>

Diante do exposto, embora busquemos mudanças ou a quebra do paradigma manicomial, se não tomarmos consciência da sobreposição das ações instrumentais e biomédicas sobre as formas como se processam as práticas de cuidados em saúde mental, corremos o risco de repetir em novos contextos, antigas práticas manicomiais. Recriando novos manicômios, sem rumos e trancas, mas que continuam a segregar e a excluir os sujeitos do cuidado.<sup>21-23</sup>

## CONCLUSÕES

Observa-se que o processo de trabalho em equipe deste contexto é afetado por dois tipos de núcleos profissionais descritos como a equipe multiprofissional de residentes em saúde mental e a equipe de profissionais permanentes do serviço.

Diante da análise, é possível afirmar que o processo de trabalho dos núcleos se conforma como sobreposição de ações, em um agrupamento de poderes e saberes, os quais se interrelacionam de forma fragmentada, exatamente por não haver um projeto assistencial comum. Apesar de existir um espaço de comunicação sobre os assuntos ligados ao processo de trabalho das equipes, este é afetado pela inexistência de um agente mediador, o qual favoreça a efetivação do agir-comunicativo através da problematização, diante das necessidades psicossociais dos usuários atendidos neste serviço.

Ressalta-se a importância sobre a inclusão dos programas de residência multiprofissional em saúde mental em serviços de atenção psicossocial, além de profissionais que possam mediar interesses e conflitos em cenários em que coexistam

núcleos multiprofissionais distintos. O profissional mediador buscará promover a integração da equipe de saúde mental através da valorização e flexibilização de cada saber por meio do agir-comunicativo.

## REFERÊNCIAS

1. Amarante P, Torre EHG. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface comun. saúde educ.* 2017; 21(63): 763-774.
2. Hartz ZM, Contandriopoulos A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad saúde pública.* 2004; 20(Suppl 2): S331-S336.
3. Peduzzi M, et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm. USP.* 2013; 47 (4): 977-983.
4. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev saúde pública.* 2001; 35(1): 103-109.
5. Souza WF, Brito JC, Athayde MRC. Formação, saúde mental e trabalho: um patrimônio e uma estratégia. *Fractal rev psicol.* 2018; 30(2): 121-130.
6. Lima I, Lima S, Marques A. Challenges and advances in the management process of a psychosocial care center of a countryside municipality of northeast Brazil. *Rev pesqui cuid fundam (Online).* 2017; 9(2): 408-415.
7. Minayo M C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14º ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (BR). Censo 2010: Ceará. IBGE, 2010.
10. Conselho Nacional de Saúde. (BR). Resolução 466 de 2012. CNS; 2012.
11. Anjos Filho NC, Souza AMP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface comun saúde educ.* 2017 Mar; 21(60): 63-76.
12. Jacowski M, Budal AMB, Lemos DS, Ditterich RG, Buffon MCM, Mazza VA. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev baiana enferm.* 2016; 30(2): 1-9.
13. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet.* 2018; 23(1): 141-152.
14. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Rev bras enferm.* 2002; 55(4): 392-398.
15. Zampa, D. M. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Mediación? *Revista de Mediación.* 2009; (3), 38-44.
16. Vasconcelos AF, Stedefeldt E, Frutuoso MP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface comun saúde educ.* 2016; 20(56): 147-158.
17. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface comun saúde educ.* 2017; 21(61): 373-384.
18. Lima I, Lima S. Experiencing feelings and weaknesses of care in schizophrenia: family caregivers vision. *Rev pesqui cuid fundam (Online).* 2017; 9(4):1081-86.
19. Dal Poz Mario Roberto, Lima José Carlos de Souza, Perazzi Sara. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis (Rio J.).* 2012; 22(2): 621-639.
20. Eslabão AD, Pinho LB, Coimbra VCC, Lima MADS, Camatta MW, Santos EO. Objeto e tecnologias do processo de trabalho de uma equipe itinerante em saúde mental. *Rev gaúch enferm.* 2017; 38(3): e67278.
21. Carnut, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate.* 2017; 41(115): 1177-1186.
22. Longden E, Read J, Dillon J. Improving Community Mental Health Services: The Need for a Paradigm Shift. *Isr j psychiatry relat sci.* 2016; 53(1):22-30.
23. Frazatto CF, Sawaia, Bader B. A critical view of the 'social reinsertion' concept and its implications for the practice of

psychologists in the area of mental health in the Brazilian Unified  
Health System. J health psychol. 2016; 21(3): 409-18.

Recebido em: 02/10/2018

Revisões requeridas: 21/03/2019

Aprovado em: 18/05/2019

Publicado em: 07/10/2020

**\*Autor Correspondente:**

Israel Coutinho Sampaio Lima  
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde  
Pública Fundação Universidade Estadual do Ceará  
Itaperi, Fortaleza, CE, Brasil  
E-mail: isracoutinho@hotmail.com  
Telefone: +55 (85) 9 8210-3999  
CEP: 60.714-903