



Revista Psicologia e Saúde

ISSN: 2177-093X

Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado
e Doutorado em Psicologia

Ribeiro, Sérgio Luiz; Vicentin, Maria Cristina Gonçalves
O Trabalho em Equipe e o Fazer entre Profissões em um Centro de Saúde Mental
Revista Psicologia e Saúde, vol. 14, núm. 1, 2022, pp. 171-184
Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia

DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1162>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609871918014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

O Trabalho em Equipe e o Fazer entre Profissões em um Centro de Saúde Mental

The Teamwork and the Making Between Professions in a Mental Health Center

El Trabajo en Equipo y el Hacer entre Profesiones en un Centro de Salud Mental

Sérgio Luiz Ribeiro¹

Universidade Paulista (UNIP)

Maria Cristina Gonçalves Vicentin

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Resumo

Este artigo trata do trabalho em equipe e o entre profissões num Centro de Saúde Mental paulista. Teve como objetivos analisar e identificar as dimensões de grupalidade e o fazer entre profissões, por meio de pesquisa-intervenção que acompanhou o cotidiano e realizou encontros temáticos com aquela equipe. Como resultados, temos que aquele serviço funcionava como um híbrido, realizando práticas de Unidade Básica de Saúde, Ambulatório de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial, e a cozinha era utilizada como espaço privilegiado para a construção do comum e do entre profissional da equipe. Concluímos propondo que os serviços de saúde mental criem espaços de atuações conjuntas e encontro dos profissionais para a tessitura e reflexão do entre profissional e do comum nas equipes. Também, que se discutam outras formas de financiamento e de serviços de saúde mental nos pequenos municípios, de acordo com suas necessidades e possibilidades.

Palavras-chave: saúde mental, centro de saúde, equipe, processos de trabalho

Abstract

This article deals with teamwork and between professions in a Paulista Mental Health Center. It aimed to analyze and identify the dimensions of grouping and the making between professions, with intervention research that accompanied the daily routine and held thematic meetings with that team. As a result, we found that the service functioned as a hybrid, carrying out practices in the Basic Health Unit, Mental Health Ambulatory, and Psychosocial Care Center, and their kitchen was used as a privileged space for the construction of the common and between professional of this team. We conclude by proposing that mental health services create spaces for joint actions and meetings of professionals for the fabric and reflection of the between professional and the common in the teams. Also, to discuss other forms of financing and mental health services in small municipalities, according to their needs and possibilities.

Keywords: mental health, health center, team, work process

Resumen

Este artículo trata del trabajo en equipo y el entre profesiones en un Centro de Salud Mental paulista. Este tuvo como metas analizar las dimensiones de agrupación y el hacer entre profesiones, a través de la investigación-intervención que siguió la rutina diaria y realizó reuniones temáticas con ese equipo. Como resultado, tenemos que este servicio funcionaba como un híbrido, realizando prácticas de Unidad Básica de Salud, Ambulatoria de Salud Mental y Centro de Atención Psicosocial, y su cocina era utilizada como un espacio privilegiado para la construcción del común y del entre profesionales del equipo. Concluimos proponiendo que los servicios de salud mental creen espacios para acciones conjuntas y reuniones de profesionales para la tésitura y la reflexión del entre profesional y lo común en equipos. También, que se discutan otras formas de financiamiento y tipos de servicios de salud mental en municipios pequeños, según sus necesidades y posibilidades.

Palabras clave: salud mental, centro de salud, equipo, procesos de trabajo

¹ Endereço de contato: Universidade Paulista, *campus* Bauru, Curso de Psicologia – Rua Luiz Levorato, n. 2-140, Jardim Marabá, Bauru, SP. CEP 17048-290. Telefone: (14) 3312-7000. E-mail: sergio.ribeiro@docente.unip.br

Introdução

Este artigo relata parte da Tese de Doutorado em Psicologia Social (Ribeiro, 2016) do primeiro autor que se refere a uma pesquisa-intervenção realizada em um Centro de Saúde Mental (CSM) de um pequeno município do interior do Estado de São Paulo. Um dos objetivos daquela pesquisa foi identificar e analisar as dimensões de grupalidade e o fazer entre profissões na equipe do CSM, o qual trataremos neste artigo.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil pode ser entendido como um processo social complexo, surgido no final da década de 1970 e no contexto da redemocratização do país. Esta Reforma fundamentou-se numa crítica ao sistema nacional de Saúde Mental então vigente, de caráter hospitalocêntrico e segregador, às instituições psiquiátricas clássicas e aos seus fundamentos epistemológicos. Objetivou também a produção de saberes e fazeres que levassem à criação de outras instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico, bem como a busca de um novo espaço social para a loucura (Yasui, 2006).

Devido a estas influências e as do processo de Reforma Sanitária do país com a criação do Sistema Único de Saúde, iniciou-se a criação de uma rede de serviços e estratégias de atendimento aos portadores de sofrimento psíquico, a partir do final da década de 1980, desde os serviços de Atenção Básica à Saúde até os especializados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), visando à substituição das formas de tratamentos hospitalocêntricos-medicalizadores.

Como parte do processo de Reforma Psiquiátrica no país e com a perspectiva de superar o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador², autores como Amarante (2003) e Costa-Rosa et al. (2003) têm procurado conceituar a Atenção Psicossocial como diretriz político-ideológica e teórico-técnica do campo da Saúde Mental para o qual se pretende construir um outro paradigma.

Segundo Amarante (2003), a Atenção Psicossocial é um processo social complexo, que se desenvolve no bojo do processo paradigmático de transição da ciência na modernidade, supondo a articulação de mudanças em várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas referentes aos campos epistemológico, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. A Atenção Psicossocial também pretende romper com o paradigma doença-cura. A saúde é concebida como um processo histórico e social decorrente da relação do homem com ele mesmo, com os outros na sociedade e com o meio ambiente. Isto é, a saúde é resultante das condições de vida do homem em seu cotidiano e constitui-se num campo de saber entre disciplinas, complexo e de práticas diversas.

A Atenção Psicossocial, particularmente em sua dimensão técnico-assistencial, coloca que, para o avanço da Reforma Psiquiátrica, é preciso a invenção de uma rede de novos serviços, espaços de sociabilidade e de trocas e o entendimento da produção de saúde como produção de subjetividades. Portanto, é necessário romper com as práticas disciplinares e entrar em contato com o sujeito em sua experiência-sofrimento, a fim de possibilitar o reposicionamento dele no mundo, considerando sua dimensão subjetiva e sociocultural, bem como

² Paradigma ainda hegemônico no campo da Saúde Mental, fundamentado no Modo Capitalista de Produção e no entendimento da determinação orgânica da doença mental, não levando em consideração o sujeito e sua subjetividade e operando em uma perspectiva de doença-cura. Seus meios de trabalho são médico-centrados e hospitalocêntricos na lógica da hierarquização, especialização e fragmentação do processo de trabalho (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

a recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos. Para isso, os serviços de atendimento devem ter como práticas de organização, gestão e cuidado a participação e cogestão com os usuários e a comunidade, bem como a superação da divisão do trabalho multiprofissional e especialista numa perspectiva de atuação inter e transdisciplinar (Costa-Rosa et al., 2003).

Podemos colocar que este entendimento do trabalho em equipe da Atenção Psicossocial pode ser relacionado ao que Ceccim (2013) designa como *entre profissional*. Este traz que, a despeito da multiprofissionalidade e das práticas terapêuticas, aquilo que define o profissional de saúde é sua habilitação para realizar práticas terapêuticas, que são auxílios que habilitam o usuário para a cura, para autonomia e qualidade de vida. Assim, todo profissional de saúde deve ter recursos e instrumentos de intervenção clínica que são os atos de tratar, cuidar e escutar.

Retomando as propostas da Atenção Psicossocial, o trabalho em equipe é o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados ao sofrimento psíquico e à promoção de saúde. Também é necessária a construção de uma rede de atenção à Saúde Mental, conforme as características do território, a partir da Atenção Básica à Saúde. Desse modo, criam-se ações que possibilitem cuidar integralmente tanto de quem sofre como da recuperação de seus espaços e direitos sociais (Ministério da Saúde, 2013).

Neste ponto, podemos relacionar também o entendimento da clínica na Atenção Psicossocial com o de Clínica Comum de Merhy (2013) e por Henz et al. (2014). Eles a definem como aquela que problematiza as práticas reducionistas e normativas, a fragmentação das disciplinas e dos especialismos. Possibilita, deste modo, tirar do centro do cuidado em saúde o poder do discurso do profissional, com práticas que promovem encontros entre áreas e sujeitos diferentes – usuários, profissionais, familiares e comunidade – que vivem de modo diverso e singular seus sofrimentos e as possibilidades de superação destes.

Outra questão que se coloca no campo da Saúde Mental, segundo Luzio (2003), é que a maior parte dos municípios brasileiros tem população menor que 20.000 habitantes. Ou seja, a maioria dos municípios não conta com um serviço especializado como os CAPS, que, pelas diretrizes do Ministério da Saúde (MS), só pode ser criado em municípios ou regiões de forma consorciada, que totalizem no mínimo 20.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2011).

Desta forma, nos pequenos municípios do país a assistência à saúde mental, quando realizada, acaba sendo feita nas unidades básicas, nos centros de saúde ou pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família. Portanto, a configuração da organização do cuidado em saúde mental nos pequenos municípios, apesar do avanço do processo da Reforma Psiquiátrica no país, é um campo aberto, muitas vezes de ausência de responsabilização dos gestores municipais, práticas medicalizantes e hospitalocêntricas, mas, em outros municípios, de possibilidades de invenção de formas singulares de cuidado de acordo com as demandas dos usuários (Luzio, 2003; Caçapava & Colvero, 2008).

De acordo com este brevíssimo histórico do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, destacamos que é fundamental, para a superação do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, a constituição de equipes de atendimento que desconstruam as fronteiras entre as especialidades, que trabalhem tanto para a constituição de saberes entre profissões e de um espaço social para o sofrimento psíquico. Também, que estas equipes levem em conta sua complexidade e singularidade e que, neste processo, produzam a superação da divisão e fragmentação dos processos de trabalho e da assistência ao usuário, conforme

apontado em pesquisas realizadas com equipes de saúde mental, como as de Ribeiro (2002), Abuhab et al. (2005) e Silva (2010).

A pesquisa-intervenção que realizamos no CSM foi fundamentada no referencial da Análise Institucional, e utilizamos os conceitos-ferramenta de dispositivo (Barros, 1997; Deleuze, 1989; Foucault, 2013), entre profissional (Ceccim, 2013) e de Clínica Comum (Merhy, 2013; Henz et al., 2014).

Cumpramos ressaltar que a pesquisa-intervenção surge do movimento da Análise Institucional Socioanalítica da França nas décadas de 1960 e 1970, visando interrogar os sentidos cristalizados nas instituições e produzir outros. Esse tipo de pesquisa entende processos como processualidade, pois, quando o pesquisador se propõe a habitar um território para investigar processos de produção de subjetividade, já preexistem vários outros em curso. Tal território tem uma espessura processual – pois sua atualidade é saturada de uma história anterior e, ao mesmo tempo, é transformada pela própria dinâmica de seus movimentos e linhas de fuga que vão se atualizando a todo momento (Barros & Kastrup, 2010).

Dessa forma, ensejamos a análise e o questionar da história, dos objetivos, da estrutura, do funcionamento, os processos de grupalidade e as práticas da equipe do CMS no contexto institucional em que estava inserida, pois, de acordo com a Análise Institucional, a “... instituição não é uma coisa observável, mas uma dinâmica contraditória, construindo-se **na (e em)** história, ou tempo.” (Lourau, 1993, p. 11, negrito do autor).

Foucault (2013), a partir de seu trabalho História da Sexualidade, definiu dispositivo como uma rede que se compõe de um conjunto de elementos heterogêneos: discursos, instituições, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, ou seja, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo.

Para Deleuze (1989), dispositivo é uma trama, um conjunto multilinear que não delimita sistemas homogêneos, como sujeito, objeto, indivíduo, sociedade, mas, em um processo dinâmico, essas linhas seguem várias direções, traçam processos por meio do desequilíbrio, afastando-se ou se aproximando umas das outras num eterno movimento. Em cada um desses movimentos, estas linhas podem ser quebradas, ter sua direção alterada, ter derivações. Em tal conjunto, chamado de dispositivo, os objetos, os enunciados, as forças em ação e os sujeitos são como vetores ou tensores provocando e sendo provocados pela ação de tais linhas.

Tomamos, nesta pesquisa, a equipe como dispositivo, como uma construção institucional produzida histórica e socialmente, no qual diversos fluxos se cruzam, produzem e se atualizam. Os protagonistas desta produção são os próprios profissionais do CSM, que a construíram em um processo dinâmico e como resposta às demandas de cuidado ao sofrimento psíquico dos usuários daquele município e da produção de si mesmos como trabalhadores.

De acordo com esses referenciais, levantamos pistas que instrumentalizaram o pesquisador e a equipe de profissionais do CSM a pensar como se construíram os conhecimentos, os discursos, as relações de poder e as práticas naquele contexto, e que tipos de efeitos produziam. Não tivemos a pretensão de definir o que seria uma equipe ideal, mas de levantar pistas que instrumentalizassem o pesquisador e a equipe de profissionais a pensar como se constroem os conhecimentos, os discursos, as relações de poder e suas práticas neste contexto, e que tipos de efeitos e ações produzem em suas visibilidades e invisibilidades (Fernández, 2006).

O Percurso da Pesquisa

O CSM está localizado em um município que tinha cerca de 12.800 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014) e foi inaugurado em agosto de 2011. Este serviço realizava atendimento especializado e exclusivo à Saúde Mental e contava com os profissionais: um médico psiquiatra e um clínico geral, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, duas psicólogas, uma assistente social e uma fonoaudióloga.

O acompanhamento das atividades do CSM pelo pesquisador foi de janeiro de 2014 a abril de 2015, no qual realizou entrevista com a enfermeira (também coordenadora do serviço), participou em grupos, discussões de casos e reuniões de equipe formais e informais e na realização de quatro encontros de discussão com temas específicos com os profissionais, nos quais somente não esteve presente o médico clínico.

A pesquisa seguiu todos os procedimentos éticos de pesquisas com seres humanos e foi aprovada para realização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP.

Como forma de registro, utilizamos o diário de campo e a gravação de áudio dos encontros com os profissionais, para as observações, impressões, reflexões e questionamentos do pesquisador sobre o campo de pesquisa. Algumas partes destes materiais serão apresentadas ao longo deste artigo, informando as datas que ocorreram e as situações a que estavam relacionadas.

Os temas para os encontros com os profissionais foram levantados a partir da leitura, reflexão e discussão das anotações do diário de campo sobre as atividades do dia a dia do CSM com a orientadora da pesquisa. Foram eles: Linha do Tempo da criação do serviço, o Comum e o Específico no cotidiano do trabalho, as rotinas dos profissionais e sobre o processo de discussão de casos e a articulação do CSM com os outros setores do município. Nestes encontros, buscamos pontuar as insistências que surgiram naquele cotidiano e temas que poderiam ser aprofundados e servir para indagar as práticas daqueles profissionais.

Deste modo, como metodologia para analisar a interação do pesquisador com o cotidiano desta equipe, usamos as estratégias de leitura de um coletivo em ação propostas por Fernández (2008). Este processo deve distinguir e pontuar insistências, fazer um traçado que ressalte os elementos que insistem nestas produções – expressões, palavras, ações. Concomitante a este, fazer a indagação das práticas – o não dito, o naturalizado, aquele que está aí e não se vê, presente nos ordenamentos e nas formas organizacionais – que é utilizada como analisadores desse imaginário. Com isto, articular a distinção e a pontuação das insistências das narrativas do coletivo com a indagação das práticas que ele realiza, objetivando revelar, identificar e caracterizar as produções da pesquisa nas suas visibilidades e invisibilidades.

Utilizando estas estratégias, realizamos a análise das anotações do diário de campo do pesquisador, que forneceu um primeiro vislumbre das insistências produzidas nos discursos e nas ações da equipe. Depois, propusemos aos profissionais os encontros de discussão com os temas referidos acima, com o objetivo de articular as insistências surgidas pela leitura do pesquisador com as percebidas pelos participantes e de propiciar o aparecimento de outras, com a indagação das práticas cotidianas. Uma das finalidades foi a de revelar e identificar como operava a construção e o funcionamento do dispositivo equipe e da articulação entre profissões no CSM. Outra foi que os encontros de discussão fossem espaços para

problematização e reflexão dos processos de trabalhos, das práticas e articulações entre profissões naquele serviço e sobre as possibilidades e tensões do trabalho em equipe.

Em seguida, utilizando os conceitos-ferramentas a que nos referimos anteriormente, levantamos, pontuamos e discutimos os temas que surgiram no material produzido ao longo deste processo – entrevista com coordenadora e as anotações do diário de campo e dos encontros de discussão. Em seguida, nós os agrupamos em linhas de reflexão e análise, sendo que um deles – o fazer entre profissional no CSM – trataremos neste artigo.

O CSM: Entre Hibridismo e Ambulatorização

De forma sintetizada, o atendimento à saúde mental do município onde se encontra o CSM, antes de sua criação, em 2011, era realizado em um Centro de Saúde e consistia em consultas com um médico clínico que atendia os usuários com diagnóstico de saúde mental e os realizados por uma psicóloga. A partir de 2010, somou-se a este atendimento um médico psiquiatra. Com os adultos, realizavam avaliação e seguimento com este médico ou o médico clínico, e alguns casos eram atendidos pela psicóloga em psicoterapia. Em relação às crianças, todas eram atendidas pela psicóloga, e grande parte também pelo médico clínico ou psiquiatra. Quando havia outras demandas ou casos mais graves, estes eram encaminhados a outro município próximo, que era referência regional para atendimento de casos moderados e graves.

A criação do CSM foi decorrente do aumento da procura de atendimentos em saúde mental no município, da falta de apoio e receptividade de parte dos profissionais do Centro de Saúde aos atendimentos em saúde mental e da falta de espaço para ampliar o atendimento em saúde mental. Somou-se a isto o apoio da gestão municipal, na época, para ampliação e criação de serviços de saúde. Este serviço, do ponto de vista técnico-administrativo, era uma Unidade Básica de Saúde, mas que realizava acompanhamento exclusivo em saúde mental. Ou seja, do ponto de vista do financiamento público municipal, foi a solução encontrada para este tipo de atendimento no município.

O CSM realizava, em 2014, quando foi feita a pesquisa, atendimento de cerca de 250 pessoas, dentre adultos, adolescentes e crianças. A cidade contava também com os seguintes serviços públicos de saúde: um Centro de Saúde, três equipes da Estratégia Saúde da Família e uma Santa Casa, na qual funcionava o Pronto Atendimento Municipal.

As atividades grupais realizadas no CSM – grupos de orientação, psicoterápicos e oficinas terapêuticas – estavam voltadas aos usuários crianças, adolescentes e adultos e a seus familiares, conforme a problemática que apresentassem: quadros neuróticos, psicóticos, de dependência química, de queixas escolares. A maioria dos grupos era semanal, outros grupos eram quinzenais e alguns alteravam semanalmente a participação dos usuários e a dos familiares, como de crianças – em uma semana as crianças e, na outra, seus familiares. Outros grupos ainda alternavam com os mesmos usuários duas atividades diferentes, como com os psicóticos – grupo de orientação numa semana e, na outra, oficina terapêutica.

Além das atividades grupais, eram realizadas consultas com o médico clínico e o psiquiatra; atendimentos individuais ou familiares com a psicóloga, a enfermeira, a assistente social ou a fonoaudióloga; e visitas domiciliares e às escolas.

De acordo com as atividades que o CSM realizava e o acompanhamento que fizemos delas, podemos caracterizá-lo como um serviço híbrido, pois executava ações simultâneas

típicas de uma Unidade Básica de Saúde, como prevenção e promoção de saúde, que eram realizadas nos grupos de orientação de adultos ou crianças. Ao lado disso, eram praticadas outras atividades previstas pelas diretrizes do Ministério da Saúde de um Centro de Atenção Psicossocial: como o cuidado e a inserção social de seus usuários, o apoio matricial para os serviços e profissionais da Atenção Básica, ser o organizador da rede de saúde mental do município e contar com uma equipe especializada atendendo exclusivamente usuários de saúde mental.

Apesar disto, a maior parte das atividades realizadas no CSM pode ser caracterizada como ambulatorial. Ou seja, eram mais frequentes as práticas com a finalidade de cuidado e socialização, mas com pouca articulação de rede. Soma-se a isto que o fluxo de atendimento aos usuários que utilizavam *recepção – triagem – consulta com médico e/ou psicólogo – grupos*, as consultas e os atendimentos grupais e/ou individuais agendados previamente se caracterizam como práticas ambulatoriais, conforme apontam Luzio (2003) e Pinto (2007).

O Fazer entre Profissões: “A Cozinha” e o “Entrar na Roda, Entrar na Onda”

Com relação às formas com que a equipe do CSM construía em seu cotidiano as relações entre profissionais, práticas e rotinas de trabalho, o centro não realizava reuniões de equipe de modo regular, mas apenas quando os profissionais sentiam necessidade de discutir casos dos usuários:

É assim, dependendo do caso a gente tem um horário, geralmente na sexta-feira. Neste dia é o período que o psiquiatra fica mais tempo e das 13:00 às 14:00 horas e discutimos quando tem demanda. Por exemplo, a gente está com um caso que precisa discutir. A gente senta, a psicóloga passa a visão dela, o médico, eu passo a parte da enfermagem e a parte burocrática – o órgão encaminhador e outros detalhes do encaminhamento (Entrevista com enfermeira, 07/01/2014).

No entanto, referiram uso frequente da cozinha do CSM, principalmente para as discussões de casos:

Enfermeira: às vezes nós estamos na cozinha, comendo, e uma ou outra joga alguma coisa. Eu estou sentindo, estou percebendo que é isto. É que nem pescar, jogou a isca e aí uma já dá uma ideia, o que ela viu e quando você vê, já formou . . . Porque às vezes você está na cozinha, sem querer um levanta uma coisa, o outro levanta outra e você junta (Diário de Campo, Encontro com os profissionais - Discussão de Caso, 17/04/2015).

Assim, a cozinha era um espaço de encontro dos profissionais para conversar, relaxar e para as discussões de caso e decisões de condutas dos tratamentos. Isto ocorria nos intervalos entre os atendimentos, especialmente quando algum dos médicos estava presente ou quando utilizavam o horário de discussão de casos nas sextas-feiras à tarde. Já para a resolução de assuntos administrativos, conversavam quando surgia um problema ou alguma questão era trazida por um dos profissionais. Acompanhamos algumas destas situações durante o período que acompanhamos as atividades da equipe.

A cozinha do CSM era o espaço onde se preparavam e aconteciam os encontros, as relações entre os profissionais, as discussões e ações. Este parecia ser o local mais importante

para a ambiência desta equipe, no sentido da Psicoterapia Institucional, ou seja, um espaço favorável para que algo aconteça e traga a possibilidade de que os encontros entre as pessoas e múltiplas transferências sejam possíveis (Moura, 2003). Era um local de descontração e, ao mesmo tempo, o mais utilizado para a discussão de casos e resolução de questões administrativas. Funciona ao mesmo tempo como espaço singular e coletivo, no qual apareciam as especificidades pessoais e profissionais e onde mais se cozinhava e se alimentava o comum, a ambiência e a qualidade das relações entre os profissionais desta equipe.

A partir dos objetivos da pesquisa que apresentamos neste artigo, de identificar e analisar parte dos modos de funcionamentos desta equipe, seus efeitos e as dimensões de grupalidade e funcionamento entre profissões, podemos afirmar que o exercício do entre profissional era construído nesta equipe, principalmente, utilizando a cozinha como espaço privilegiado. Este se configurou para aquela equipe como aquele que era possível de ser habitado por eles em vários momentos: relaxamento, bater papo, discutir casos e resolver questões administrativas. A necessidade de compartilhar ideias, pontos de vista, práticas e opiniões ultrapassou o espaço das reuniões de equipe e discussão de caso e passou a ocorrer no dia a dia, no calor do momento em que aconteciam.

Nos encontros de discussão com os profissionais do CSM, eles apontaram que percebiam que este comum construído pela equipe acabava por atrair e sensibilizar, mesmo aqueles que tinham resistências ou menor disponibilidade pessoal para participar dos processos de organização, das atividades e discussões conjuntas. Colocaram como fundamental o exercício cotidiano do respeito às opiniões, práticas e escuta entre os profissionais. Isto propiciava que este comum da equipe tivesse potência, conseguisse dar conta das tensões, produzisse bons encontros, satisfação dos profissionais com seu trabalho e ações de cuidado que fossem ao encontro das necessidades dos usuários.

Ou seja, a construção deste comum não era a construção de uma unidade de opiniões e de práticas, mas o de uma multiplicidade, como aponta Silva (2013), referindo-se ao aumento das conexões entre os profissionais, levando à multiplicação e criação de novas possibilidades de práticas e das relações entre os profissionais na equipe. Ou seja, o trabalho em equipe como agente produtor de multiplicidade.

Segundo os profissionais do CSM, consideravam como práticas específicas de cada profissão, e que realizavam como parte da rotina de seu trabalho:

Assistente Social: orientações previdenciárias, encaminhamentos, avaliação social, orientações quanto a direitos e deveres e identificar situações de risco e vulnerabilidade social, solicitação de transporte e entrevista social.

Auxiliar de enfermagem: administração de medicamentos, acompanhar os usuários nas atividades, fazer curativos e outros procedimentos clínicos.

Enfermeira: acompanhamento das consultas médicas, orientações do pós-consulta, administrar medicação e lançamento dos atendimentos realizados no sistema.

Fonoaudióloga: avaliações de linguagem oral e escrita e acompanhamentos, orientações às mães e aos pais relacionadas às etapas de desenvolvimento da criança, orientações em relação à voz com os dependentes químicos, elaboração de relatórios aos outros profissionais e escolas e visitas às escolas.

Psiquiatra: fazer diagnóstico, prescrever o tratamento – remédio, terapias, encaminhamentos e orientações aos familiares (Encontro com os profissionais – Comum e Específico, 27/06/2014, e Encontro com os profissionais – Rotinas, 27/03/15).

Temos acima que os profissionais referiram como específico atividades do seu dia a dia que são exclusivas de sua área profissional. Podemos relacionar estas práticas ao que Campos (1997) define como Núcleo de Competência e Responsabilidade, ou seja, aquelas que se remetem a conhecimentos, responsabilidades, práticas e compromisso de uma profissão ou especialidade.

Nas ações comuns, referiram algumas que podemos considerar ligadas às funções administrativas: fazer relatórios, agendamentos, guardar e pegar prontuários, fazer e receber ligações telefônicas e ficar na recepção. Apesar de haver uma divisão das atividades administrativas na equipe, nota-se uma centralização delas na auxiliar de enfermagem, mesmo quando ela e alguns profissionais as indicaram como comuns. Os médicos da equipe realizavam poucas atividades comuns administrativas, somente colaborando na elaboração dos relatórios de usuários.

De outro lado, temos ações referidas por eles como comuns: organizar, discutir e articular as atividades e os atendimentos de forma conjunta; coordenação e participação nos grupos; escuta, acolhimento e orientações diversas aos usuários e familiares; discussões de caso na equipe e com outros profissionais do município; café na cozinha; inserção do usuário em seu espaço social e as visitas domiciliares relatadas como parte da rotina dos profissionais.

Deste modo, parece que transformar em comum as atividades administrativas é um processo ainda em curso no CSM, apesar de serem divididas por alguns profissionais e em alguns momentos. Parece que o processo de partilhar as atividades comuns ligadas diretamente à assistência dos usuários e familiares, como grupos, discussões de casos e acolhimento, tem se desenvolvido mais na equipe.

Vejam como percebiam a construção deste comum e como este envolvia os profissionais:

Assistente social: Achei bom que no comum, apesar de estar há pouco tempo, consegui captar como as coisas acontecem.

Enfermeira: Por isto que falo que a questão de ter perfil para o trabalho em equipe é de cada um, ela entrou e em pouco tempo conseguiu captar o que é comum e está fazendo. Se a pessoa não tem disponibilidade, por mais que tenha um trabalho conjunto, não dá certo.

Assistente social: Eu fui percebendo, perguntando e entrando na roda. Achei interessante que no comum praticamente tudo o que foi colocado é muito parecido, demonstra que estamos bem sintonizados.

Enfermeira: Este movimento do comum é interessante. Até o médico clínico, que não fazia quase nada deste comum, tem participado mais das discussões na cozinha, discussões dos casos. Falou que vai ter mais horário e quer participar dos grupos, até ele está tentando entrar na onda (Diário de campo, Encontro com os profissionais – Comum e Específico, 27/06/2014).

Esta construção e potencialização do comum da equipe colaborava para fazer “entrar na roda” mesmo a profissional que ingressara na equipe há pouco tempo – a assistente social. Ao mesmo tempo, fazia com que o médico clínico, até então mais distante das atividades

comuns, também se mobilizasse para isso. Ainda, relataram como uma questão particular de cada profissional a disponibilidade de construir e partilhar o comum junto da equipe. Este pode ter mais ou menos empenho para realizar atividades para além de seu Núcleo de Competência e Responsabilidade (Campos, 1997). Mas também colocaram que, quando o comum da equipe está instituído, produz movimentos e ações que cada vez mais sensibilizam os profissionais a “entrar na roda”, muitas vezes colaborando para superar resistências e diferenças que possam impedir a construção dinâmica deste comum.

Quando os profissionais se referiram às atividades específicas que realizavam em sua rotina, denotaram que o CSM, em sua maior parte, tem um funcionamento ambulatorial, como apontado por Ferreira Neto (2008): triagem individual, dispêndio de tempo considerável dos profissionais em consultas médicas e atendimentos individuais, realização de grupos organizados por patologias e pouca participação dos usuários na construção da organização das rotinas do serviço.

Mesmo com esta maior demanda do tempo dos profissionais para estas atividades, eles colocaram atividades como comuns que apontam para além do funcionamento ambulatorial e para outras possibilidades de organização: partilhar atividades administrativas; a organização, discussão e articulação das atividades e atendimentos de forma conjunta; a organização da grade de atividades, principalmente nos grupos com rodízio de profissionais e atividades; a discussão de casos e de questões administrativas de forma cotidiana, de maneira formal (com reuniões agendadas) ou no próprio dia a dia; e a cozinha como espaço de construção do comum do CSM.

O entendimento destes profissionais é que, para atuação na saúde mental, é necessário, ao mesmo tempo, exercer as ações que são específicas de suas profissões e também ações que são comuns a todos, estas organizadas e construídas coletivamente. Isto ficou claro nos encontros que realizamos e no dia a dia das atividades do CSM. Ou seja, que o profissional deve exercer suas funções específicas, mas estas devem estar articuladas e potencializar as atividades comuns. Deste modo, foram consonantes com o entendimento de que o cuidado ao sofrimento psíquico necessita da construção de campos de Competência e Responsabilidade (Campos, 1997) e de um espaço entre profissional (Ceccim, 2013). Isto é necessário, pois somente os conhecimentos e as práticas de cada profissional não conseguem dar conta das brechas, da necessidade de invenções e criações que são cotidianamente necessárias para o cuidado à subjetividade dos usuários.

Desafios da Equipe do CSM

Entre algumas dificuldades encontradas pela equipe do CSM em seu cotidiano está a articulação deste serviço com os outros setores assistenciais do município. O CSM encontrava resistências de ser o protagonista da construção e organização de uma rede de atenção à saúde mental no município de forma coletiva, participativa e integrada. Outra dificuldade foi de esta equipe realizar o apoio matricial de forma contínua aos serviços de saúde do município e aos outros setores assistenciais. Os principais causadores destas dificuldades eram a resistência apresentada por estes setores para uma corresponsabilização no cuidado aos usuários e da construção de planos de saúde mental comuns neste território, os desgastes sofridos por tentativas da construção coletiva desta rede de atendimento que não se

efetivaram e a falta de apoio de gestores de saúde municipais anteriores. Estas dificuldades são semelhantes às encontradas nas pesquisas de Luzio (2003) sobre o atendimento em saúde mental em pequenos e médios municípios, e na de Silva (2010), realizada em grandes municípios e capitais.

Outra questão que se coloca é que o CSM, mesmo com a potência híbrida a que nos referimos e que poderia ser uma proposta interessante para um município pequeno, opera mais em uma lógica ambulatorial. Assim sendo, acaba realizando mais ações de tratamento e socialização dos usuários e menos as de matriciamento, de promoção de cidadania, geração de renda e da busca de uma integração mais intensa com seu território.

As questões do protagonismo da equipe do CSM na articulação da rede de atendimento em saúde mental do município, maior proximidade com a Atenção Básica com ações conjuntas e matriciamento e o risco de uma ambulatorização do atendimento e dos seus processos de trabalhos são desafios a serem enfrentados por esta equipe. Estes desafios implicam a equipe do CSM olhar e refletir para suas contradições, limitações, resistências e para suas possibilidades, invenções, potências e devires.

Conclusões

Encontramos a cozinha como uma das estratégias principais da equipe do CSM na produção do entre profissional e de um terreno comum, como espaço ao mesmo tempo de reunião de equipe, discussão de caso, relaxamento, discussões, bate-papo e outras possibilidades. Nesta se alimentavam os encontros e se cozinhava o comum desta equipe, tendo como finalidade o cuidado aos usuários. Entendemos este comum, conforme Merhy (2013), como o do espaço de algo que todos podem fazer, do não lugar, da complexidade, da produção e da invenção. É neste comum que podem se localizar os territórios de vizinhanças entre-disciplinares, entre-profissionais na equipe e que podem transformar a diferença em campos de produção e operar encontros potentes e criativos.

Assim, parece-nos importante para a construção de processos de trabalhos coletivos em equipe de saúde mental que os serviços, além das atividades organizativas do cotidiano – reuniões formais, discussões de casos, elaboração de projetos terapêuticos –, possam criar a(s) sua(s) “cozinha(s)”. Ou seja, espaços de encontro dos profissionais que deem possibilidade de que algo aconteça: o processo dinâmico da construção do entre profissional e do comum.

A articulação do CSM com o território e outros setores do município é uma questão a ser desenvolvida por esta equipe. As dificuldades existentes são semelhantes às apontadas por outras pesquisas realizadas, tanto em pequenos municípios como em capitais, conforme apontam Luzio (2003) e Silva (2010). Entre estas, a da gestão municipal e equipes não demonstrarem disponibilidade para essas parcerias; a pouca oferta de equipamentos e programas de educação, trabalho, esporte, lazer e cultura, e o preconceito e uma visão medicalizante do sofrimento psíquico.

Estas questões se apresentam como paradoxais em se tratando dos municípios pequenos e pelo próprio sentido da municipalização das ações de saúde, assistência social e educação. Ou seja, meios de possibilitar que o cidadão possa ter acesso aos serviços que necessita, com maior participação, integração, articulação e controle social. Mas, como aponta a

experiência do acompanhamento da equipe do CSM, proximidade não implica, necessariamente, maior disponibilidade de integração entre os serviços e da inserção do sofrimento psíquico como questão territorial.

Nenhum serviço de saúde ou saúde mental tem ou terá a possibilidade, por mais recursos e integração entre os profissionais que tenha, de suprir a totalidade de necessidades dos usuários ou de pretender dar conta da integralidade da atenção. À equipe de saúde mental, compete construir pontes, articulações, ações conjuntas com os diversos setores do seu território. Aqui, podem ser caminhos as estratégias do Apoio Matricial e Equipes de Referência, a discussão intersetorial (saúde, assistência social, educação, cultura e outros) a partir de demandas ou casos, a articulação de ações de promoção e educação em saúde e a criação de espaços para que profissionais dos diversos setores possam trocar práticas e experiências.

Em relação às particularidades dos pequenos municípios, temos as potencialidades e dificuldades que a atual política de saúde mental traz para a criação de serviços de assistência. Para os municípios com menos de 20.000 habitantes, fica a opção de se consorciarem para a criação de CAPS intermunicipais ou de utilizarem para esta assistência os serviços e programa disponíveis – centros de saúde, unidades básicas de saúde e a Estratégia da Saúde da Família. Se, por um lado, isso traz possibilidades abertas para a estruturação dessas ações de saúde mental, podendo ter configurações variadas e híbridas, como no caso do CSM, traz também a dificuldade de financiamento das ações e de recursos humanos para estes serviços.

Será que não teríamos de pensar em ampliar as formas de financiamento e os tipos de serviços de saúde mental que pudessem ser criados nos pequenos municípios e que fossem ao encontro das necessidades e possibilidades que estes apresentam? Acreditamos que esta é uma discussão que deve ser feita e que pode ter um considerável impacto na assistência à saúde mental nos pequenos municípios.

As questões e reflexões que trouxemos neste trabalho devem ser entendidas como circunscritas a um serviço de saúde mental de um pequeno município e com as características peculiares de um. Entre elas, a de ser um serviço intermediário entre ambulatório de saúde mental e CAPS, o que não é típico da estrutura dos serviços de saúde mental, as decorrentes do histórico de sua criação, do funcionamento desta equipe e da estrutura dos serviços de saúde daquele município. Deste modo, nem todas as questões e reflexões que apontamos são possíveis de serem generalizadas a outros serviços de saúde mental, mas pretendemos que possam trazer contribuições para discussões e práticas sobre esta temática.

Sugerimos que outras pesquisas aprofundem a compreensão das articulações dos processos de trabalho entre profissionais em equipes de saúde mental, principalmente nos pequenos municípios. Outro tema relevante a ser investigado é o das dificuldades, possibilidades e limitações da articulação dos serviços de saúde mental com os outros serviços de saúde e com os setores assistenciais dos municípios. Pois, como referido, a compreensão e reflexão sobre esses aspectos são fundamentais para a melhoria e efetividade do cuidado em saúde mental na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Referências

Abuhab, D., Santos, A. B. A. P., Messenberg, C., B., Fonseca, R. M. G. S., & Aranha e Silva, A. L. (2005). O Trabalho em Equipe Multiprofissional no CAPS III: Um Desafio. *Revista Gaúcha*

- de Enfermagem, 26(3), 369-380. <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4567/2494>
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In P. Amarante (Coord.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Nau.
- Barros, L. P., & Kastrup, V. (2010). Cartografar é acompanhar processos. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia. *Pistas do método da cartografia*. Sulina.
- Barros, R. D. B. (1997). Dispositivos em ação: O grupo. In A. E. Silva, C. A. B. Neves, & C. Rauter (Orgs), *Saúdeloucura 6 – Subjetividade Questões Contemporâneas*. Hucitec.
- Caçapava, J. R. & Colvero, L. A. (2008). Estratégias de Atendimento em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 573-580. <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7628/4683>
- Campos, G. W. S. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In E. E. Merhy, & R. Onoco (Org.), *Agir em saúde: Um desafio para o público*. Hucitec. <https://www.gastaowagner.com.br/2016-05-08-23-30-43/capitulo-de-livro>
- Ceccim, R. B. (2013). Equipe de saúde: A perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos, *Cuidado: As fronteiras da integralidade*. (4a ed.) CEPESC, IMS/UERJ e ABRASCO.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial – Rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante (Coord.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Nau.
- Deleuze, G. (1989). Qu'est-ce qu'un dispositif? In *Michel Foucault philosophe. Rencontre internationale*. Seuil [Tradução de Ruy de Souza Dias e Hélio Rebello]. <http://intermidias.blogspot.com.br/2012/01/o-que-e-um-dispositivo-por-gilles.html>
- Fernández, A. M. (2006). *O campo grupal: Notas para uma genealogia*. Martins Fontes.
- Fernández, A. M. (2008). *Las lógicas colectivas: Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Biblos.
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 62-69. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n1/a07v20n1.pdf>
- Foucault, M. (2013). *Microfísica do poder*. Graal.
- Henz, A. O., Casetto, S. J., & Capozzolo, A. A. (2014). Discursos e Rupturas de Fronteiras na Clínica Comum em Saúde. *TrajEthos*, 3(2), 37-49. https://trajethos.ca/files/6514/2239/1604/HENZ_CASETTO_CAPOZZOLO_TrajEthos32.pdf
- Lourau, R. (1993). *Análise institucional e práticas de pesquisa*. NAPE/UERJ.
- Luzio, C. A. (2003). *A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: Ressonâncias da reforma psiquiátrica* [Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas]. <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313512>
- Merhy, E. E. (2013). Prefácio – Vivenciar um campo de formação de profissionais de saúde: Dobrando em mim o fazer da Unifesp-Baixada Santista. In A. A. Capozzolo, S. J. Casetto, & A. O. Henz (Orgs.), *Clínica comum: Itinerários de uma formação em saúde*. Hucitec.
- Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011. (2011, 23 Dezembro). *Institui a Rede de Atenção Psicossocial*. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

- Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental*. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
- Moura, A. H. (2003). *Psicoterapia institucional e o clube dos saberes*. Hucitec.
- Pinto, J. C. S. G. (2007). *Integralidade, clínica ampliada e transdisciplinaridade: Conceitos para a potencialização das práticas em saúde mental* [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói]. <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp037945.pdf>
- Ribeiro, C. J. S. (2002). *Plano Grupal Transdisciplinar – Cartografando uma Equipe de Saúde Mental* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre]. <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2149/000315112.pdf?sequence=1>
- Ribeiro, S. L. (2016). O dispositivo equipe em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde: um fazer entre profissões. [Tese de Doutorado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo]. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/18836>
- Silva, E. A. (2013). *(Re)visitando a caixa de ferramentas em saúde mental: O cuidado de si como condição para cuidar do outro* [Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília]. http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15053/1/2013_ElisaAlvesdaSilva.pdf
- Silva, J. C. B. (2010). *Entre (des) encontros, tensões e possibilidades: Reforma psiquiátrica e trabalho em equipe na cidade do Recife* [Dissertação de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Pernambuco, Recife]. https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8538/1/arquivo743_1.pdf
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: Desafios da reforma psiquiátrica brasileira* [Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro]. <http://bvssp.ict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=639>
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A estratégia atenção psicossocial: Desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 32(78/79/80), 27-37. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>

Recebido em: 11/10/2019

Última revisão: 29/06/2020

Aceite final: 21/08/2020

Sobre os autores:

Sérgio Luiz Ribeiro: Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Mestre em Psicologia e psicólogo pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *campus* de Assis, SP. Bolsista no Doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/PROSUP). Coordenador e Docente do Curso de Psicologia da Universidade Paulista (UNIP), *Campus* Bauru. **E-mail:** sergio.ribeiro@docente.unip.br, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0003-1677-2737>

Maria Cristina Gonçalves Vicentin: Doutora em Psicologia Clínica, mestre em Psicologia Social e psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente do Curso de Psicologia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP (PUC-SP), coordenadora do Núcleo de Pesquisas Lógicas Institucionais e Coletivas da PUC-SP. **E-mail:** cristinavicentin@gmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0003-1718-6721>