

Saúde mental e processos de trabalho em uma unidade de internação psiquiátrica: uma pesquisa-intervenção com trabalhadores

Salud mental y procesos de trabajo en una unidad de internación psiquiátrica: una investigación-intervención con trabajadores de la salud

Mental health and work processes in a psychiatric inpatient unit: an intervention-research with healthcare workers

Najla da Cunha El Jundi¹ 

Ana Luisa Poersch² 

Juliana Unis Castan³ 

Raul Charpinel Diniz Gomes⁴ 

¹Contato para correspondência. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Porto Alegre). Rio Grande do Sul, Brasil. najladacunhaeljundi@gmail.com

^{2,3}Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Porto Alegre). Rio Grande do Sul, Brasil. apoersch@hcpa.edu.br, jcastan@hcpa.edu.br

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre). Rio Grande do Sul, Brasil. raulcharpinel@gmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: A Política Nacional de Humanização (PNH) e a cartilha do Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) orientam para a promoção de ambientes laborais mais saudáveis e a corresponsabilização dos trabalhadores na construção do cuidado. Tais diretrizes valorizam a construção coletiva de modos de trabalhar que agreguem sentido e satisfação para quem os realiza, contribuindo também para a produção de saúde dos próprios trabalhadores. **OBJETIVO:** Promover um espaço de compartilhamento e produção de experiências entre trabalhadores da equipe assistencial de uma unidade de internação psiquiátrica, favorecendo sua implicação nos processos de trabalho e a superação de padrões naturalizados, abrindo caminhos para modos mais inventivos e desejantes de se trabalhar. **MÉTODO:** Pesquisa-intervenção realizada com a equipe assistencial da Unidade de Internação Psiquiátrica Adulto de um hospital geral de Porto Alegre. Foram oferecidos seis encontros grupais de análise coletiva do trabalho, com uso do método cartográfico para a produção e análise dos dados. **RESULTADOS:** Participaram dos encontros 19 profissionais de diversas áreas, fazendo operar o grupo como dispositivo, explorando coletivamente experiências e desafios do cotidiano de trabalho. As análises foram organizadas em três eixos: “o significante ‘Cuidado’”; “Cada um no seu quadrado”; e “Processos multi: ampliando a dinâmica Enfermagem x Medicina”. **CONCLUSÃO:** O estudo evidencia a potência dos encontros entre diferentes especialidades, que puderam se aproximar, se implicar e refletir sobre os processos e dinâmicas da Unidade, produzindo novas possibilidades de atuação e, em última análise, saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador. Saúde Mental. Equipe de Assistência ao Paciente. Análise Institucional. Grupos Focais.

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: La Política Nacional de Humanización (PNH) y el Programa de Formación en Salud del Trabajador (PFST) orientan hacia la promoción de ambientes laborales más saludables y la corresponsabilidad de los trabajadores en la construcción del cuidado. Estas directrices valoran la construcción colectiva de modos de trabajo que aporten sentido y satisfacción a quienes los realizan, contribuyendo también a la producción de salud de los propios trabajadores. **OBJETIVO:** Promover un espacio de intercambio y producción de experiencias entre trabajadores del equipo asistencial de una unidad de internación psiquiátrica, favoreciendo su implicación en los procesos laborales y la superación de patrones naturalizados, abriendo caminos hacia formas de trabajo más deseantes e inventivas. **MÉTODO:** Investigación-intervención realizada con el equipo asistencial de la Unidad de Internación Psiquiátrica de Adultos de un hospital general de Porto Alegre. Se ofrecieron seis encuentros grupales para el análisis colectivo del trabajo, utilizando el método cartográfico para la producción y el análisis de los datos. **RESULTADOS:** Participaron 19 profesionales de distintas áreas, haciendo operar el grupo como un dispositivo para explorar colectivamente experiencias y desafíos del trabajo cotidiano. Los análisis se organizaron en tres ejes temáticos: “El significante ‘Cuidado’”; “Cada uno en su cuadrado”; y “Procesos multi: ampliando la dinámica Enfermería vs. Medicina”. **CONCLUSIÓN:** El estudio evidencia la potencia de los encuentros entre diferentes especialidades, que pudieron acercarse, implicarse y reflexionar sobre los procesos y dinámicas de la Unidad, generando nuevas posibilidades de actuación y, en última instancia, salud mental.

PALABRAS CLAVE: Salud Ocupacional. Salud Mental. Equipo de Atención al Paciente. Análisis Institucional. Grupos Focales.

ABSTRACT | INTRODUCTION: The National Humanization Policy (PNH) and the Training Program in Workers' Health (PFST) guide the promotion of healthier work environments and the co-responsibility of workers in building care practices. These guidelines emphasize the collective construction of work modalities that bring meaning and satisfaction to those who perform them, thus also contributing to the production of health among the workers themselves. **OBJECTIVE:** To promote a space for sharing and producing experiences among healthcare workers in a psychiatric inpatient unit, fostering their involvement in work processes and overcoming naturalized patterns, opening pathways for more inventive and desirable ways of working. **METHOD:** An intervention-research study was conducted with the care team of the Adult Psychiatric Inpatient Unit of a general hospital in Porto Alegre. Six group meetings for collective work analysis were offered, using the cartographic method for the production and analysis of data. **RESULTS:** Nineteen professionals from various fields participated, enabling the group to function as a collective device for collectively exploring work experiences and challenges. The analysis was organized into three thematic axes: "The Signifier 'Care'", "Each in Their Own Box", and "Multi-processes: Expanding the Nursing-Medicine Dynamic." **CONCLUSION:** The study highlights the power of interdisciplinary encounters, which allowed professionals to engage, reflect, and co-create new approaches within the unit, ultimately fostering mental health.

KEYWORDS: Occupational Health. Mental Health. Patient Care Team. Institutional Analysis. Focus Groups.

Introdução

A pesquisa-intervenção apresentada neste artigo surge das inquietações de uma das pesquisadoras durante sua formação em Residência Multiprofissional em Saúde Mental em um Hospital Geral de Porto Alegre e fez parte do seu trabalho de conclusão. A vivência de integrar, como psicóloga residente, a equipe assistencial durante um ano na Unidade de Internação Psiquiátrica Adulto, aliada ao seu interesse pela Saúde do Trabalhador e à aproximação com o Serviço de Medicina Ocupacional da instituição, despertou o desejo de contribuir para o processo de trabalho desta Unidade.

Durante o período de atuação na Unidade, foi possível observar conflitos interprofissionais, bem como escutar queixas relacionadas à ausência de intervenções por parte da Psicologia do Trabalho do hospital. Tais manifestações apontavam para indícios de sofrimento psíquico ou, ao menos, de um descontentamento coletivo por parte da equipe assistencial em relação ao trabalho. Inserida em uma posição transitória — "nem totalmente de fora, nem totalmente de dentro" —, a pesquisadora identificou a possibilidade de acionar dispositivos que contribuíssem para a construção de um ambiente laboral mais satisfatório. Para tanto, a pesquisa se fundamentou nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, com ênfase nas políticas públicas voltadas à Saúde Mental e à Saúde do Trabalhador.

O trabalho em saúde, por estar diretamente voltado ao cuidado do outro, frequentemente é vivenciado como um espaço de realização pessoal e de construção de sentido. No entanto, diversos estudos apontam para o esgotamento e a insatisfação dos profissionais desse setor, o que afeta diretamente a qualidade do cuidado oferecido (Assunção, 2011). A subjetividade dos trabalhadores da saúde, suas estratégias frente ao sofrimento e os sentidos que produzem em sua atividade são dimensões fundamentais nos estudos e intervenções sobre os processos de trabalho (Silva et al., 2023). Nessa direção, a Saúde do Trabalhador propõe uma abordagem que parte da análise dos processos de trabalho, em vez de se limitar às condições materiais, e considera a centralidade do trabalhador na construção do cuidado (Lacaz, 2007).

O cenário contemporâneo das internações psiquiátricas é marcado por transformações de paradigma na compreensão e no tratamento da saúde mental, advindas da Reforma Psiquiátrica (Lei n.º 10.216, 2001). Esta, representada por princípios e políticas que traçam diretrizes e promovem alterações estruturais, surge como resposta à crise do modelo asilar, substituindo a lógica manicomial por abordagens mais humanizadas e inclusivas. A busca por um cuidado integral e humanizado, que valorize diferentes saberes — dos pacientes e dos variados profissionais —, é reforçada pela Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), criada em 2003, pouco após a promulgação da Lei nº 10.216, de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica). A PNH propõe a superação da lógica fragmentada do cuidado em saúde, que desconsidera as singularidades; além disso, indica caminhos para a construção de serviços mais saudáveis para todos (Ministério da Saúde, 2003).

A escolha por abordar os processos de trabalho no campo da internação psiquiátrica parte do reconhecimento de que os trabalhadores da saúde mental ocupam um lugar estratégico nas transformações impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica. São eles os responsáveis por elaborar práticas cotidianas que reconheçam a complexidade da loucura e da convivência com a diferença (Merçom & Constantinidis, 2020). Assim, ao analisar o modo como esses profissionais se envolvem na produção do cuidado, é possível iluminar tensões, resistências e potências que atravessam as práticas instituídas.

No contexto de uma internação psiquiátrica em um hospital geral, discursos previamente exercidos sobre a loucura, sobre os hospitais e sobre as diferentes categorias profissionais possuem relevância e impacto sobre as dinâmicas atuais. É importante reconhecer que a implementação de novas políticas públicas e a produção de conhecimentos não promovem transformações homogêneas ou dicotômicas, nas quais uma visão é simplesmente substituída por outra. Pelo contrário, trata-se de processos heterogêneos e complexos, marcados por disputas de sentidos, tendências e resistências que se expressam nas práticas cotidianas de sujeitos e instituições. Como discutido por Foucault (1979), mesmo em contextos institucionalmente reformulados, discursos e saberes historicamente construídos seguem operando como forma de poder por meio dos modos de subjetivação. Amarante (2007) também destaca que a Reforma não extingue os saberes e práticas hegemônicas, mas os tensiona, abrindo fissuras por onde novos modos de cuidado podem emergir, ainda que atravessados por contradições e limites.

Almeida & Merhy (2020) destacam que os trabalhadores da saúde são protagonistas das transformações nos modos de cuidar, especialmente quando se implicam na análise crítica de suas práticas e na invenção de estratégias diante das situações que enfrentam cotidianamente. Nesse campo, o trabalho em saúde é entendido como um espaço de encontros que produzem subjetividades, onde se entrelaçam forças múltiplas que podem tanto ampliar quanto limitar a potência de agir. Analisar coletivamente esses encontros e os modos de se implicar

neles é condição para sustentar práticas de cuidado mais inventivas e para fortalecer a saúde dos próprios trabalhadores.

Diante desses desafios, retomamos que a PNH (Ministério da Saúde, 2003) propõe que trabalhadores e usuários sejam reconhecidos como agentes-chave na reinvenção contínua das práticas de cuidado. Nesse sentido, a cartilha do Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST), integrada à PNH, orienta a criação de espaços de diálogo e reflexão, onde profissionais de saúde, gestores e usuários possam realizar análises críticas de suas práticas. O objetivo é que esses espaços possibilitem a construção contínua e compartilhada dos modos de se trabalhar, numa dinâmica que privilegie a troca de saberes e a corresponsabilidade entre os diversos atores envolvidos (Ministério da Saúde, 2011).

Como o PFST (Ministério da Saúde, 2011) aponta, saúde não é ausência de doença, mas é a capacidade de adaptação, de criação/invenção de estratégias e saídas para as situações que levam ao adoecimento. Clot (2010) destaca que cuidar do trabalho é transformá-lo e que é essencial criar situações e encontrar técnicas para que os trabalhadores sejam os protagonistas.

Assim, foi proposta a construção de um espaço para análise coletiva do trabalho com a equipe assistencial de uma internação psiquiátrica de um hospital geral, pretendendo que este operasse como o dispositivo de Deleuze (1996, p.83) - uma "máquina de fazer ver e fazer falar". Buscou-se explorar as percepções dos membros da equipe assistencial sobre o que é produzido e o que se busca produzir na internação psiquiátrica em um hospital geral e analisar como diferentes categorias profissionais se implicam nos processos de produção deste contexto. Acredita-se que o compartilhamento de experiências, desafios e produções permite a criação de possibilidades, favorecendo a superação de padrões naturalizados e abrindo caminhos para modos de trabalhar mais inventivos e desejantes. Desta forma, a pesquisa intencionou contribuir para a evolução contínua do cuidado e a promoção da saúde mental na internação psiquiátrica, beneficiando tanto pacientes quanto trabalhadores, em sintonia com as demandas e desafios do presente.

Percurso metodológico

Para empreender esta “investigação”, optou-se pelo método qualitativo cartográfico, que permite acompanhar processos em um território, entendido como espaço político-existencial, de relações de poder, de vínculos e afetos (Lima & Alvarenga Filho, 2018). O objetivo é traçar o plano da experiência, acompanhando os efeitos do próprio percurso da investigação, onde estão encarnadas as ferramentas conceituais utilizadas (Escóssia & Tedesco, 2015).

A intervenção visou promover encontros grupais, durante o mês de abril do ano de 2024, de participação voluntária, com as diferentes categorias profissionais que compõem a equipe assistencial da Unidade de Internação Psiquiátrica Adulto de um hospital geral, público e de alta complexidade, localizado na cidade de Porto Alegre/RS. O foco era que os grupos pudessem operar como um dispositivo analítico a respeito dos processos de trabalho da Unidade, através do protagonismo¹ e do compartilhamento das percepções e experiências dos profissionais que ali atuam. Os encontros foram denominados de “espaço para análise coletiva do trabalho”².

Foram considerados integrantes da equipe assistencial, convidados a participar, todos aqueles profissionais que compartilhavam da Unidade como local de trabalho. Assim, incluiu-se diversas categorias e diferentes vínculos: professores, trabalhadores contratados, residentes e estagiários; profissionais das áreas de administração, educação física, enfermagem, farmácia, higienização, medicina, nutrição, psicologia, e serviço social; distribuídos em três turnos de trabalho.

A intervenção foi articulada institucionalmente, com o apoio das chefias das equipes presentes na Unidade e de outros serviços do hospital interessados: o Serviço de Medicina Ocupacional e o Setor de Desenvolvimento Organizacional da Coordenadoria de Gestão de Pessoas. Portanto, além dos encontros de análise coletiva do trabalho com a equipe assistencial, foram necessárias reuniões preliminares com as lideranças das diversas áreas, para a articulação e o aprimoramento conjunto da proposta.

Aos membros da equipe foram oferecidos seis encontros coletivos, em uma sala de aula dentro da Unidade, ao longo de um período de três semanas, cada um com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, realizados em turnos alternados, favorecendo um número maior de participantes. O formato foi desenvolvido de forma aberta, não estruturada, permitindo que os trabalhadores expusessem livremente suas experiências e reflexões a respeito de seus processos de trabalho.

Os encontros foram coordenados por duas das pesquisadoras, uma psicóloga residente e a outra psicóloga do Serviço de Medicina Ocupacional da instituição. Um terceiro pesquisador participou como observador, realizando registros sistemáticos em um diário de campo, que constituiu o principal instrumento de coleta de dados para a análise. Embora os encontros tenham sido gravados, optou-se por não utilizar esse material, considerando que o diário de campo se mostrava mais coerente com os princípios da cartografia e com a proposta metodológica da pesquisa. A gravação foi inicialmente pensada como recurso complementar, mas não houve transcrição nem uso das gravações na análise.

A análise do material foi orientada pelos princípios da cartografia e pela concepção do grupo como dispositivo, compreendendo os enunciados como inscritos em regimes de enunciação (Barros, 1996). Considerando que esses enunciados operam múltiplos sentidos e agenciamentos, cabia aos pesquisadores indagar: “Qual regime de enunciação está em operação? Com quais sentidos esse dispositivo se produz?” (Barros, 1996). Durante o período dos encontros, as pesquisadoras se reuniam semanalmente — a cada dois grupos — para a leitura compartilhada do diário de campo. Nessas reuniões, realizava-se o acréscimo de observações, relatos de afetações e impressões, buscando-se por sentidos possíveis aos momentos e enunciados registrados. Ao fim do processo, foram discutidos coletivamente os eixos de desenvolvimento da análise, com base nas temáticas que se repetiam ou se articulavam entre si em termos de sentido e agenciamento, privilegiando aquilo que parecia mobilizar com mais intensidade o grupo e as próprias pesquisadoras.

¹Conceito utilizado no PFST (Ministério da Saúde, 2011), o qual implica a corresponsabilidade e a participação dos trabalhadores na construção de seus modos de trabalhar.

²O PFST (Ministério da Saúde, 2011) propõe a “análise coletiva do trabalho” como ferramenta de problematização e intervenção sobre os processos de trabalho.

Trata-se de uma análise implicada, que recusa o distanciamento proposto por abordagens objetivistas. Pelo contrário, ela se dá imersa na experiência coletiva, reconhecendo que todos os envolvidos — inclusive os pesquisadores — estão atravessados por valores, desejos e expectativas (Passos & Barros, 2015). Na cartografia, o campo de análise se distingue do campo de intervenção, mas não se separa dele: os referenciais teóricos não apenas orientam a leitura, como também se atualizam e se traduzem nas situações sociais concretas (Passos & Barros, 2015).

A devolutiva dos resultados também ocorreu em processos, desde as reflexões que compuseram o decorrer dos encontros até uma devolutiva posterior aos encontros, com os conteúdos organizados para a equipe, para validação e produção contínua de efeitos. Os resultados também foram articulados com os profissionais dos Serviços de Saúde Ocupacional e do Setor de Desenvolvimento Organizacional, visando a continuidade das ações na Unidade.

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos, tendo sido aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, com registro na Plataforma Brasil.³

Resultados e discussão

Ao trazer à tona os resultados deste estudo, enfrentamos o desafio de torná-los acessíveis e potencialmente úteis àqueles envolvidos no campo da pesquisa, bem como para outros profissionais e interessados na área. Cabe dizer, porém, que, devido ao número de participantes e ao compromisso com a preservação de sua anonimidade, foi crucial o manejo cuidadoso dos dados registrados, evitando o uso direto das falas ou a exposição de informações que possam identificar os profissionais.

Além disso, visto que o grupo está sendo tomado como dispositivo, os discursos foram abordados como produções coletivas, que põem a funcionar

os modos de expressar a subjetividade, em um processo desindividualizante (Barros, 2007). Ou seja, os sentidos produzidos nas falas não foram tratados como expressões estritamente pessoais ou individuais, mas como efeitos de relações, posicionamentos e atravessamentos institucionais e históricos que operam nas práticas cotidianas. Assim, a ênfase recai menos sobre quem fala e mais sobre o que se produz no encontro.

No total, os grupos de análise do trabalho envolveram 19 participantes, representando profissionais das áreas de educação física, enfermagem, higienização, medicina, nutrição, psicologia e da residência multiprofissional (dos núcleos da educação física e psicologia). É relevante destacar que algumas áreas, como psicologia, educação física e residência multiprofissional, tiveram a participação total de seus profissionais. Outras áreas, como nutrição e higienização, tiveram uma participação significativa em relação ao número de profissionais atuantes na Unidade. As áreas de administração e serviço social não tiveram a participação de nenhum de seus representantes.

Apesar dos receios de algumas chefias, e, por vezes, das pesquisadoras, em relação à participação dos trabalhadores nos grupos, nenhum dos dias o grupo se fez vazio. Mais do que isso, aqueles que compareceram demonstraram uma participação ativa, favorecendo que o grupo operasse enquanto um dispositivo dialógico e reflexivo. Mesmo em assuntos delicados, momentos de tensão ou emoções, os profissionais que se fizeram presentes contribuíram para que o espaço fosse percebido como acolhedor.

Os materiais produzidos ao longo dos encontros foram analisados e explorados coletivamente pelos pesquisadores, e, para a organização e aprofundamento das discussões, foram elaborados três eixos de enfoque: “o significante ‘Cuidado’”; “Cada um no seu quadrado”; “Processos multi: ampliando a dinâmica Enfermagem x Medicina”. Apesar do conteúdo da discussão ter sido elaborado de forma dividida, visando uma leitura mais dinâmica e compreensível, perceber-se-á ao longo da análise a indissociabilidade das temáticas.

³CAAE: 76897124.4.0000.5327

O significativo “cuidado”

Duas das perguntas tomadas como disparadoras para o pesquisador tratavam do que os membros da equipe percebiam do que se produz e do que se objetiva produzir na internação psiquiátrica. Mais do que saber, interessava, na verdade, despertar estas reflexões nos profissionais, as quais tangem o sentido e a implicação deles no trabalho. A PNH ([Ministério da Saúde](#), 2003) afirma a importância do protagonismo e da corresponsabilização de todos os sujeitos do SUS, tendo em vista modos de trabalhar mais potentes e prazerosos. Ou seja, interessava que os membros da equipe pudessem se perguntar: o que se produz aqui? É isto que entendemos que devemos produzir? De que forma entendo minha participação nesta produção?

De acordo com o PFST ([Ministério da Saúde](#), 2011) é preciso que os trabalhadores se questionem sobre o que produzem suas ações e suas formas de enfrentamentos cotidianos, para, assim, o grupo se constituir enquanto dispositivo potente de análise e invenção de novos modos de se trabalhar. Além disso, para [Pichon-Rivière](#) (1988), uma equipe só se constitui como grupo quando está operando uma tarefa, portanto, o objetivo ou a finalidade é o elemento disparador do processo grupal, sendo necessária uma apropriação deste projeto coletivo, assim como daquilo que dificulta sua realização. Embora a construção de um espaço para análise coletiva do trabalho não garantisse nem que o grupo chegasse a estas perguntas, nem que encontrássemos respostas para elas, tal construção possibilitaria nos aproximarmos destas questões, ao adentrarmos em discussões a respeito dos processos de trabalho.

Antes da realização dos grupos, imaginávamos alguns significantes possíveis de aparecerem às perguntas inicialmente elaboradas, como “saúde mental”, “bem-estar”, “estabilização”, “contenção” e “diminuição de sintomas”. No entanto, foi a palavra “cuidado” que logo emergiu dos diálogos grupais, remetendo à função e ao instrumento do trabalho. A frase “Eu estou aqui para o cuidado” foi proferida por uma profissional da enfermagem e recebida sem estranhamento pelos demais, gerando uma sensação de consenso.

Apesar de “cuidado” não ter sido um foco inicial, sua presença não é novidade no campo da saúde, onde muitas vezes é utilizado como sinônimo de “atenção” em matéria de saúde pública. [Merhy](#) (2002), uma referência na saúde coletiva, discute amplamente as tecnologias do cuidado, enfatizando que o objeto no campo da saúde não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado. [Franco & Merhy](#) (2013) classificam as tecnologias de cuidado em “duras” (maquinários e equipamentos), “leve-duras” (conhecimentos técnicos) e “leves” (relacionais e subjetivas). [Almeida & Merhy](#) (2020) destacam que o cuidado em saúde é um trabalho vivo e dinâmico, que acontece nos encontros e desencontros entre singularidades.

No senso comum, o verbo “cuidar” remete a diferentes significados, como oferecer zelo; dar um tratamento ou um bom trato; ocupar-se de pensar ou analisar; demonstrar solicitude; dar atenção; proteger; preocupar-se; vigiar... Assim, há uma polissemia que abrange ações identificáveis como semelhantes ou diferentes, podendo ser localizadas entre dois polos das práticas de cuidado em saúde. É importante ressaltar que toda atividade de cuidado exige uma negociação com o destinatário, pautada por parâmetros éticos, explícitos ou implícitos, incorporando a arte de cuidar com todo seu ferramental técnico e humano ([Maia & Osorio](#), 2016). Embora o cuidado seja frequentemente associado à humanização, é crucial que se atente à alteridade; do contrário, pode ocorrer a anulação do sujeito que é cuidado, mesmo que o ato de cuidar persista. Portanto, a relação entre as pessoas não é unidirecional, mas intercessora, refletindo o encontro de singularidades e revelando tensões que, em sua micropolítica, configuram o cuidado em saúde ([Merhy](#), 2002). Dependendo de como essas tensões são geridas, pode-se alcançar uma humanização ou uma coisificação violenta, frequentemente resultando em uma mescla de ambas, que pode não ser percebida pelos atores envolvidos ([Maia & Osorio](#), 2016). Assim, as autoras identificam dois polos nesse jogo de forças posto em movimento pela ação cuidadora, designados como intercessor e interceptor.

Eis a questão: de qual cuidado os profissionais da equipe estão falando? Quais cuidados são possíveis e predominam neste território-unidade hospitalar?

Apesar da polissemia desse significante, as práticas, técnicas ou composições não eram explicitadas pelos atores, ao se referirem às suas funções e intenções de cuidado. Nesse sentido, a palavra parece ter sido utilizada de forma ampla, sem que fossem exploradas as múltiplas possibilidades que ela abrange ou as disputas em torno de seu significado. Em alguns momentos, atentando aos estranhamentos da escuta cartográfica, desconfiamos que se tratavam de significados distintos: um “cuidado-vigiar-controlar”, e um que vamos denominar de “cuidado-outro”. Diante desse cenário, e assumindo, enquanto pesquisadoras, o compromisso ético de operar como passagem para deslocamentos e desnaturalizações (Costa, 2014), propusemos ao grupo a reflexão sobre essas diferentes concepções de cuidado, oferecendo exemplos que ilustravam a polissemia do termo. Contudo, essa problematização não gerou maiores reverberações ou aprofundamentos, sendo rapidamente absorvida e (re)naturalizada, como sugere a resposta lacônica de uma das profissionais: “vigiar também é cuidado”, encerrando a problematização.

A naturalização da (con)fusão entre os significados de cuidado em saúde, onde assistência e vigilância se igualam, possui relações genealógicas. Essa intersecção remonta à modernidade, com a introdução da tecnologia política da disciplina (Foucault, 1979). Os hospitais foram moldados pela separação, catalogação dos corpos e vigilância constante, refletindo um modelo que fragmenta o corpo do doente (Chauí, 1982; Maia & Osorio, 2004). Nesse contexto, o sujeito “cuidado” é expropriado de seu próprio corpo, reduzido a dimensões biológicas e desumanizado (Maia & Osorio, 2004). Além disso, o cuidado hegemônico, fundamentado na racionalidade científica, mantém uma relação interceptora com aqueles que buscam assistência (Maia & Osorio, 2016). Particularmente na psiquiatria, essa lógica é ainda mais evidente, onde a dominação é justificada pelo atestado de desrazão do doente, que chegava a ser chamado de “alienado”. As práticas históricas, como o “tratamento moral” nos hospitais psiquiátricos, enfatizam a ordem e o controle, o que nos leva a reconhecer a micropolítica presente no ato de cuidar, assim como no agir em saúde, onde Merhy (2002) já apontava a existência de tensões entre autonomia e controle.

Uma pergunta que nos parece relevante, considerando o contexto de uma internação psiquiátrica, é como aplicar essa lógica em um ambiente onde se esperam garantias de vida para os sujeitos internados, tanto do ponto de vista jurídico quanto pessoal. Parece existir uma contradição que repercute nas práticas profissionais, uma vez que um dos deveres primordiais da internação é garantir a integridade e a vida dos pacientes, mesmo quando a razão de sua internação é, precisamente, o desejo de morrer. Além disso, muitos pacientes são internados involuntariamente, situação que implica, frequentemente, familiares esperando por um tipo de cuidado, que, acima de tudo, assegure a vida. Portanto, a instituição precisa comprometer-se, automaticamente, com esse objetivo “maior” pelo período em que o paciente estiver nela. Embora não devesse haver separação entre as demandas dos usuários e os interesses daqueles que dirigem as práticas e a instituição (Pagnano & Benelli, 2022), e pudéssemos pensar a diminuição do sofrimento como objetivo comum, é evidente que a tarefa de conservar a vida se sobrepõe.

Para ilustrar este problema, podemos considerar um incidente de tentativa de suicídio ocorrido na Unidade no fim de semana anterior aos grupos de análise. Esse evento gerou sentimentos de insuficiência, frustração e até raiva entre os profissionais. Frases como “fugiu do controle” e questionamentos sobre o vínculo entre profissional-paciente e a competência do trabalho emergiram, refletindo a percepção de um suposto “acordo” com o paciente, um compromisso que, na verdade, nunca foi assentido. Esse contexto nos leva a questionar: há garantias no ato de cuidar? Se precisam haver, não apenas pelo desejo dos profissionais, mas também pelo compromisso institucional, esperando a correspondência à uma demanda unilateral, de que tipo de cuidado estamos falando? Enfim, como podemos circular por estes “cuidados”, considerando as contradições reveladas acima?

De acordo com Feuerwerker (2014), qualquer processo de cuidado é território permanente de disputas, que não devem (e nem podem) ser anuladas, mas sim explicitadas. As tensões são constitutivas do espaço institucional e há sempre a possibilidade

de captura, mas elas também podem ser produtivas, a depender da inovação dos arranjos. Além disso, podemos entender, como [Santos](#) (2020), que a polissemia do cuidado reflete a necessidade de uma abordagem múltipla, uma vez que a demanda em saúde mental é complexa e conta com deslocamentos e infidelidades do meio, exigindo corresponsabilidade e parceria entre os profissionais.

Mas quais “cuidados-outros” acontecem e são possíveis nesta Unidade? O vínculo foi frequentemente destacado como um aspecto positivo do trabalho, com profissionais de nutrição ressaltando a baixa rotatividade dos pacientes, e portanto maior aproximação, em comparação a outras unidades do hospital. Profissionais da higienização também comentaram que se sentem mais humanizados neste ambiente. No entanto, esse vínculo parece colocado em dúvida quando pacientes internados expressam desejos de morte, como ocorreu no caso da tentativa de suicídio abordada em um dos encontros.

Participantes da equipe de enfermagem, por exemplo, relataram a luta constante para acender uma “chama de esperança” naquele que é cuidado, levantando questionamentos como: “Não foi o suficiente?”, referindo-se ao esforço investido naqueles que, mesmo assim, atentam contra a própria vida. Um debate se deu em torno da dúvida sobre a eficácia desse vínculo, questionando se ele deveria ser considerado suficiente, levando em conta as condições de vida do paciente. Uma profissional afirmou que “toda tentativa de suicídio é um pedido de socorro”, sugerindo que esse gesto é frequentemente interpretado como uma mensagem endereçada à equipe. Essa perspectiva sugere um autocentramento, partindo de uma sensação onipotente e de hiperresponsabilização, em que ser “suficiente” se confunde com ser competente a ponto de afastar o paciente da ideia de morte. Consequentemente, os profissionais lidam com sentimentos de impotência e incompetência, além de uma pressão constante para evitar erros. Nesse contexto, cada palavra ou ação ganha um peso hiperestimado, levando a medos sobre sua atuação. Uma profissional de higienização expressou esse temor ao relatar que evita o contato com pacientes.

Tais sentimentos provocam uma reflexão sobre os limites do trabalho em saúde mental. É apropriado dizer que há sempre algo que escapa na capacidade atribuída ilusoriamente ao profissional da saúde mental, pois, apesar de a sociedade projetar e alimentar uma autoimagem de potência, este poder lhe sobra, ao ter de responder aos desafios assistenciais ([Pitta](#), 1996; [Vasconcellos](#), 2008). Pesquisadores como [Lambert & Barley](#) (2001) apontam que fatores externos ao tratamento em psicoterapia, por exemplo, influenciam em 40% de seu sucesso, enquanto as técnicas terapêuticas e a expectativa do cliente, em apenas 15%. Com esses dados, os autores ressaltam a importância da relação terapêutica, pois ela atua em 30% dos fatores de sucesso. Contudo, se não reconhecermos que grande parte da melhora ou piora de um paciente, na verdade, nos escapa, corremos o risco de sofrer com essa realidade e, eventualmente, evitar o envolvimento emocional.

Outro enunciado que merece aprofundamento nas discussões sobre “cuidados-outros” foi a afirmação: “menos recreação, mais medicação”, expressa por uma profissional de enfermagem em relação à falta de profissionais, especialmente da educação física, durante os fins de semana. Esses profissionais são responsáveis pelo que historicamente era chamado de “recreação” da Unidade, agora denominado “espaço livre”, onde também ocorrem grupos e oficinas conduzidos pelos residentes de saúde mental (psicologia, educação física e enfermagem). Essa afirmação pode ser vista como um apelo por colaboração entre diferentes áreas e pela multiplicidade de cuidados. No entanto, é importante refletir sobre que tipo de cuidado é esse promovido pela equipe “da recreação”. Embora um profissional deste espaço tenha mencionado a incorporação de elementos de flexibilidade em um “espaço (mais) livre” para os pacientes, nos parece fundamental investigar quais outras formas de cuidado estão sendo produzidas. Afinal, a ausência dessas possibilidades pode resultar não apenas em limites para o cuidado — aspecto incontornável, como já mencionado — mas também em práticas terapêuticas restritas, em que os recursos são percebidos pelos profissionais como deficientes, agravando o sentimento de insatisfação com o trabalho. [Vasconcellos](#) (2008) ressalta que a dificuldade de lidar com sofrimento e a dor do outro provavelmente é agravada, quando há a concepção de que pouco se pode fazer para resolver sua demanda.

Durante a realização dos grupos, alguns trabalhadores expressaram dúvidas sobre quais profissionais atuam “na recreação”, relatando que embora avistassem esses profissionais, “de passagem”, não sabiam a quais áreas pertenciam, ou o que exatamente faziam. Perguntas como “são recreacionistas mesmo ou outras profissões?” revelaram não apenas o desconhecimento, mas também a curiosidade gerada pelas discussões durante os encontros.

A respeito da percepção de limitações às práticas (ou práticas limitadas?), esta surgiu, ainda, de uma outra forma, quando mais de um profissional reclamava do tempo despendido para a realização de suas tarefas burocráticas. Um comentário que surgiu nesse contexto foi: “quase não dá tempo de fazer outras coisas com os pacientes”. Mas quais outras coisas? Quais cuidados gostariam de ser produzidos? Que atores estariam envolvidos?

Apesar de parecer haver angústia resultante de um trabalho que pouco faz sentido, ou, que por pouco tempo faz, as demandas burocráticas, assim como o ritmo acelerado característico dos profissionais da saúde, podem se tornar defesas para lidar com o intenso sofrimento alheio. Esse fenômeno é destacado por [Silva](#) (1998), que observa essa dinâmica como parte de um processo de desresponsabilização. Até porque, como os enunciados dos encontros sugerem, há no geral uma hiperresponsabilização individualizada por parte dos profissionais. Sendo assim, a implicação emocional e o vínculo com os pacientes geram sensação de impotência, acentuada pela crença de que devem ser, individualmente, suficientes.

A complexidade das emoções vivenciadas no ambiente hospitalar e a luta constante entre sensações agradáveis e desagradáveis implicam ajustes e estratégias defensivas por parte dos profissionais ([Pitta](#), 2016). Essa dinâmica, contudo, não permeia apenas o cuidado prestado, mas também se reflete nas relações entre os membros da equipe. Tal aspecto foi observado em um dos encontros, no qual a temática do cuidado entre colegas foi abordada e alguns profissionais mostraram-se emotivos. Um dos comentários foi: “as pessoas não se olham aqui”, seguido de um questionamento sobre o quanto os colegas estão realmente implicados, como dizem, no “melhor” para os pacientes, considerando que são

percebidos de forma tão distinta nas relações entre si. Essa fala aponta para aspectos das relações entre os membros da equipe que podem impactar a colaboração e o apoio mútuo no ambiente de trabalho.

[Clot](#) (2001) aponta que, apesar de a racionalidade médica buscar padronizar o cuidado, invisibilizando as subjetivações envolvidas no ato de cuidar e tratando-as como irrelevantes, tais subjetivações são essenciais tanto para a realização da atividade quanto para sua análise. Dito isso, talvez seja importante retomarmos o conceito Foucaultiano de *cuidado de si*, tendo em vista que o cuidado do outro passa pelo cuidado de si enquanto implicação ética. Como [Maia](#) (2006, p. 178) coloca:

Cuidado que encontra tempo para o corpo que sente, que não adoce também a liberdade do doente, que não se deixa adoecer enquanto cuida e, principalmente, cuidado que se cria e recria na experiência, sem se deixar engessar por um ideal nunca alcançável de um tempo todo ele marcado pela falta, de um espaço dividido pelo controle e de uma vida despotencializada pela abstração.

Para [Foucault](#) (1984), o exercício do cuidado de si implica uma prática contínua de transformação, visando uma administração das dinâmicas de poder, sempre existentes nas relações, no sentido da não-dominação. Passa pelo conhecimento de si e dos jogos de verdade que perpassam os sujeitos, buscando abdicar das soberanias rígidas e identidades fixas. Trata-se de uma desterritorialização constante, de uma ética de liberdade, de um compromisso com o instituinte, e de abrir-se às tensões produtivas do encontro com o outro.

“Cada um no seu quadrado”

Em um dos encontros, uma profissional da higienização, ao relatar sobre seus receios em interagir com os pacientes por medo de desencadear consequências graves, utilizou a metáfora “cada um no seu quadrado”. Esse enunciado parece sintetizar algo cristalizado no cotidiano da Unidade, que surgiu de diferentes formas, nas falas de profissionais, ao longo dos encontros, sobre a fragmentação do trabalho e o distanciamento entre as equipes.

Profissionais da nutrição, por exemplo, mencionaram que percebem uma falta de integração entre as equipes e um desconhecimento dos processos uns dos outros. Comentaram que em outros espaços que já trabalharam, inclusive internações psiquiátricas, as equipes eram mais unidas. A pergunta sobre quem são os profissionais da recreação, discutida anteriormente, revela tanto o desconhecimento, quanto o desejo de conhecer melhor sobre as outras áreas – algo que podemos hipotetizar ter sido provocado pelo dispositivo grupal. Profissionais dessa área também revelaram que tinham uma expectativa de que os encontros seriam uma capacitação sobre o manejo de pacientes psiquiátricos, afirmando não terem esses conhecimentos e que, por isso, contam com a própria experiência e com a colaboração da equipe de enfermagem, especialmente durante o período em que servem as refeições – um momento crítico, já que os pacientes têm acesso a talheres. Apesar disso, os participantes comentaram que não trabalham com medo ou tensão, mencionando confiança nos pacientes, o que deixou a sensação de que talvez não possam dizer o mesmo da equipe, por ela não ser mencionada diretamente.

Essa fragmentação, no entanto, não pode ser vista apenas como uma questão contingente ou localizada, mas, também, como parte de um fluxo histórico considerando as instituições hospitalares. Embora o trabalho hospitalar exija um alto grau de colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos na rede de cuidado (Maia & Osorio, 2004), ele é marcado por soluções individualizadas, corporativismo e competição entre especialidades – algo que contrasta com o ideal de solidariedade e trabalho em equipe (Silva, 1998). Poersch et al. (2022), que também apontam para as tensões e disputas de poder nesse contexto, questionam como cooperar entre corpos tão disciplinados ante a necessidade de um trabalho coletivo e inventivo.

Essa questão também aparece nas falas de profissionais da enfermagem que se queixam da falta de informação em passagens de plantão, por exemplo, e de não se sentirem escutados (por quem?). Ora, mas se o problema fosse apenas informacional, provavelmente não haveria o sentimento de não serem

ouvidos e de “sempre” estarem “precisando repetir” (para quem?). Surge, então, a hipótese de que o problema é a falta de construção coletiva e de alinhamentos entre as equipes. O trabalho fragmentado e alienado parece contribuir para que profissionais resistam ao que não faz sentido para eles, seja por desconhecimento dos caminhos e processos, ou por discordâncias não-ditas. Relatos, em tom de desabafo, de altas que não entendem e internações em que há desacordos, reforçam essa percepção.

Costa-Rosa (2000) aponta que, em instituições de organograma vertical como os hospitais, a organização do trabalho segue um modelo de “linha de montagem”, o que fragmenta as tarefas e aliena os profissionais do seu próprio trabalho. Além disso, o hospital opera por meio de “especialismos” baseados em uma racionalidade médica historicamente construída, onde cada grupo de profissionais luta pelo controle do seu território de competência, evitando a exposição de sua insuficiência ou lacunas de saber (Maia, 2006).

Outra fala que chama atenção para a dinâmica de trabalho em equipe - ou seriam “equipes”? - é a de uma profissional que disse desejar trabalhar mais com determinada temática psicoeducativa com os pacientes, mas lamenta ser “só uma” em sua função, entendendo que essa atribuição estaria condicionada à sua presença. Como solução diante desta concepção, ela justifica a implementação de uma regra geral para os pacientes, o que facilita o processo cotidiano, mas, também, dificulta uma abordagem coletiva que buscasse contemplar a singularidade de cada paciente. Isso parece ecoar o já exposto no eixo do cuidado, sobre a sensação dos profissionais de necessitarem ser suficientes individualmente, o que se conecta à manutenção das equipes em “quadrados”. Assim, para que nenhuma identidade venha borrar a outra, criam-se regras, limites bem definidos, que mantêm profissionais e pacientes engessados.

Neste mesmo encontro, participantes expressaram a reflexão sobre a falta de diluição ou compartilhamento de responsabilidades entre as equipes. Uma profissional fez uma fala relacionando este individualismo ao burnout, e valorizou a importância do trabalho multiprofissional, destacando o potencial

de um espaço como aquele, onde há profissionais de diferentes áreas atuando no mesmo local, e mencionando sentir-se com essa missão. No entanto, comentou que essa abordagem é pouco valorizada, e que se sente "remando contra a maré" ao insistir em ouvir opiniões de outras áreas. [Poersch et al. \(2022\)](#), ao discorrem sobre o trabalho hospitalar, mencionam este ser essencialmente coletivo, mas individualmente valorizado.

Em outro momento, participantes interrogaram as "muitas regras, desnecessárias" que compõem a rotina dos pacientes. Ao serem questionados de volta, pelas pesquisadoras, sobre a função dessas regras — entendendo que o que se institui sempre cumpre uma função ([Baremblytt, 2002](#)) —, uma profissional respondeu que elas servem justamente para evitar a discussão dos casos e das circunstâncias particulares. Segundo ela, "as pessoas não querem dialogar, não sabem como..." ou, ainda, "não querem ter o seu saber questionado", explicação que remete ao desconforto de confrontar a própria insuficiência ou admitir a incompletude de saberes.

Houve, ao longo dos encontros de análise, a compreensão de uma falta de parceria entre as diferentes equipes, porém, frequentemente, a solução sugerida por grande parte dos profissionais passava pela criação de mais espaços ou ferramentas para a passagem de informações. No entanto, como já mencionado, o problema parece ir além da simples troca de informações, pois, mesmo com a comunicação estabelecida, muitos ainda não se sentem escutados. Considera-se, assim, a hipótese de que o que está em jogo é a escassez de espaços de discussão e construção conjunta. O excesso de regras que permeia a rotina dos pacientes — "justificadas" pelos discursos psiquiátricos —, assim como o de espaços apenas informativos entre a(s) equipe(s), podem ser sintomas de um problema latente.

[Maia \(2006\)](#) observa que, embora diversas características do processo de trabalho no hospital sejam compartilhadas por todos os participantes da rede de cuidados, há uma multiplicidade de formas de entendimento sobre "como deve ser feito", que não se harmonizam na coexistência de inúmeros protocolos, muitas vezes ineficazes. O autor destaca a necessidade de flexibilidade no trabalho hospitalar,

de modo que as composições se mesclam e os acordes se renovem constantemente. Nessa perspectiva, durante os encontros, busca-se romper com a dicotomia entre autossuficiência e impotência, para abrir espaço a novos fluxos e experiências coletivas. Através, por exemplo, da rememoração do já sabido, de que "cada profissional tem um jeito, e cada paciente também".

Ao retomarmos o histórico e os processos hospitalares, percebemos a complexidade e as complicações desse horizonte. Além disso, precisamos considerar os atravessamentos ideológicos de nosso tempo, sendo importante destacarmos uma cultura que é estampada na missão institucional e nas divulgações do hospital em questão: a da excelência. Uma palavra (excelência!) que é associada facilmente pelos trabalhadores à instituição a qual pertencem, e consequentemente ao seu trabalho, teve sua lógica disseminada nas organizações, nos modelos de gestão e na filosofia da sociedade como um todo ([Ribeiro et al., 2024](#)). [Soboll & Horst \(2013, p. 227\)](#) definem a ideologia da excelência como:

[...] um sistema de pensamento dominante no contexto social e de trabalho na atualidade, que tem como elementos estruturantes o individualismo e a superação de si mesmo e do outro, numa busca infundável por sucesso e desempenhos cada vez melhores, associados a resultados de alta performance.

Desta forma, constitui-se um cenário que supervaloriza o sujeito performático, o "faz-tudo", com características heroicas, estimulado à superação contínua, convocado a ser um excelente colaborador e candidato a um lugar de destaque no ambiente organizacional ([Ribeiro et al., 2024](#)). Um lugar, no entanto, como colocam os autores, disponível apenas ao primeiro colocado, pódio que não pode ser compartilhado. Conjuntura que se desdobra, obviamente, em dinâmicas competitivas, na fragilização do coletivo, dentre outras repercussões que favorecem sofrimentos psíquicos e até patologias. Para [Nardi \(2015\)](#), a exacerbação do individualismo e da competição, junto às elevadas demandas de trabalho, propiciam adoecimentos psíquicos, como por exemplo a *síndrome de burnout*.

Retornando ao dispositivo grupal, em um dos encontros, diversos profissionais relataram sentimentos

negativos, como medo, e até sintomas físicos associados às reuniões de equipe que fazem parte da rotina da Unidade, admitindo precisarem, em alguns momentos, buscar por “lugares seguros” - refúgio em seus respectivos “quadrados”? Diante desses relatos, os participantes demonstraram sensibilizar-se uns com os outros, e iniciaram uma investigação coletiva de como tornar essas reuniões mais “leves”. Alguns mencionaram que o tempo de reunião, de apenas 20 minutos, era insuficiente para discussões significativas. Contudo, ao sugerirem que fosse aumentado o tempo, uma profissional comentou que “provavelmente as pessoas iriam embora antes”. Neste ponto, o grupo pareceu perceber que as mudanças não ocorreriam por decretos, nem se dariam “de cima para baixo”. Surgiram propostas, então, de integração, como a ideia de levar comida para as reuniões. Ainda, a festa junina (realizada no ano anterior) foi lembrada, como um momento de integração, flexibilização e leveza, destacada como importante ao bem-estar não apenas dos pacientes, mas também da equipe.

Processos Multi: ampliando a dinâmica enfermagem-medicina

Um dado importante a considerar é que a maior participação nos encontros, proporcionalmente, ocorreu entre profissionais das chamadas áreas “de apoio” e “multiprofissionais”, que estão fora do escopo tradicional de enfermagem e medicina. A título de esclarecimento, as áreas de apoio geralmente englobam setores que prestam suporte indireto ao cuidado do paciente, garantindo as condições necessárias para a realização do atendimento, como as equipes de higienização, nutrição (exceto nutricionista clínico) e administração.

As áreas denominadas multiprofissionais referem-se aos profissionais que atuam diretamente no cuidado ao paciente, mas com abordagens complementares à medicina e à enfermagem, contribuindo para a integralidade do atendimento, como psicólogos, profissionais da educação física e assistentes sociais. Embora seja importante observar que, no contexto desta Unidade, profissionais das áreas de apoio relataram manter uma relação mais cotidiana e, por vezes, direta com o paciente. Essa dinâmica foi exemplificada nos relatos de técnicos

de nutrição ao destacarem o vínculo estabelecido com os pacientes, favorecido tanto pela baixa rotatividade dos internamentos quanto pela interação proporcionada nos momentos em que servem e acompanham as refeições.

O modelo de organização do trabalho em saúde em equipes multidisciplinares teve início na década de 1970, período em que se começava a integrar profissionais com diferentes formações e níveis de escolaridade no cuidado à saúde ([Peduzzi & Palma, 2000](#)). Após a criação do SUS e do Programa de Saúde da Família (PSF) na década de 1990, essa organização passou a ser um elemento estruturante do trabalho em equipe ([Gomes et al., 2007](#)). A proposta da equipe multidisciplinar fundamenta-se na noção ampliada de saúde, exigindo um olhar igualmente abrangente e integrado. Essa concepção, cada vez mais reconhecida e valorizada na Saúde Pública e em outras organizações contemporâneas, foi incorporada às políticas públicas de Saúde Mental, consolidando-se como elemento central para compreender a dinâmica do trabalho nos serviços assistenciais ([Vasconcellos, 2008](#)).

Ao considerarmos o campo da Saúde Mental, dado seu caráter acentuadamente multifacetado, evidencia-se a relevância da implementação de modelos que priorizem a multi e a interdisciplinaridade. As políticas públicas de Saúde Mental, ao adotarem essas perspectivas, trouxeram transformações significativas aos paradigmas e práticas assistenciais, desafiando o predomínio exclusivo da narrativa psiquiátrica sobre a loucura, e propondo uma abordagem que reconhece e valoriza a complexidade epistemológica inerente a esse campo ([Vasconcellos, 2008](#)). Contudo, mudanças como essa não ocorrem sem desafios, os quais se fizeram notar em nossa intervenção e são explorados ao longo desta discussão.

Um ponto que nos parece importante mencionar é que, com a Reforma Psiquiátrica e o movimento antimanicomial, além do fechamento de diversos hospitais psiquiátricos, houve a realocação de leitos para unidades em hospitais gerais, com o objetivo de promover um tratamento mais humanizado. Entretanto, o Hospital Geral constitui-se, por sua vez, como espaço do saber biomédico por excelência e palco onde hierarquias e disputas profissionais muitas vezes se intensificam ([Silva, 2006](#)).

Mas o que pode significar a maior participação dessas equipes — que estamos nomeando “multidisciplinares” e “de apoio” — nos encontros para a análise coletiva do trabalho? O que dizem sobre os desejos dos membros da equipe? Será ao acaso que tenham sido essas áreas as que mais se envolveram na construção deste espaço, ou seja, no olhar para os processos de trabalho? Podemos dizer que são áreas que detêm menos poder na Unidade? Ou, ainda, que são compostas por profissionais menos imersos no convívio com os pacientes — fosse por terem sido contratados há menos tempo, por não serem exclusivos, ou pela assistência ser “menos” direta?

Apesar da impossibilidade em responder às perguntas suscitadas, tomemos este efeito junto a outros produzidos nos enunciados de nossos encontros como oportunidade para explorar aspectos das dinâmicas de poder entre profissões na Unidade e para além dela. Pois, apesar da menor participação de médicos e enfermeiros, os discursos sobre estas áreas se fizeram presentes, explícita ou implicitamente nas falas dos membros da equipe, pertencentes e não pertencentes a estas categorias profissionais.

Através de algumas falas de profissionais da enfermagem e da medicina, foi possível observar a existência de conflitos entre as duas categorias. Neste momento, optamos por não discriminar ditos específicos ou particularizar áreas, considerando a necessidade de cautela ao lidar com essas questões, sobretudo para preservar o anonimato dos participantes e manter uma abordagem construtiva. O que se percebeu, no entanto, foi o discurso de queixa de uns em relação aos outros, por vezes fazendo-se sentir afetados como raiva e ressentimento. Além disso, foi notado, e até lamentado por uma profissional, o “respingar” destes desentendimentos, principalmente na relação de trabalho com os residentes da medicina — possivelmente o “elo mais fraco” desta dinâmica.

Compreender os conflitos entre medicina e enfermagem exige uma análise que vá além das relações interpessoais, explorando os aspectos estruturais, culturais e simbólicos que sustentam essas tensões. Diversos estudos indicam que essa relação é historicamente marcada por disputas de poder, manifestas tanto na organização do trabalho quanto nas

representações sociais sobre os papéis profissionais (Oliveira et al., 2010; Santos et al., 2015). Conforme Santos et al. (2015), a construção histórica das duas profissões ajudaria a explicar, em parte, os conflitos ainda observados nas práticas contemporâneas, sustentados por disputas de poder e por representações assimétricas entre as categorias. Oliveira et al. (2010), por sua vez, destacam que, apesar da interdependência das atuações, a proximidade constante entre médicos e enfermeiros também acarreta um alto potencial de conflito.

Silva (2006), em sua pesquisa de doutorado, busca compreender a relação tradicionalmente conflituosa entre médicos e enfermeiras⁴ no contexto hospitalar, aprofundando sobre as raízes históricas e sociais que moldaram a construção das duas profissões. Segundo a autora, a medicina é tradicionalmente vista como uma profissão intelectual, enquanto a enfermagem é associada ao cuidado, muitas vezes carregando resquícios de uma herança caritativa e religiosa. Essa distinção coloca a enfermagem como subsidiária e dependente da medicina, contribuindo para percepções de subvalorização. Além disso, a autora aponta o atravessamento das relações de gênero nessa dinâmica, com a enfermagem majoritariamente feminina, enfrentando desafios adicionais de reconhecimento e valorização em um ambiente historicamente marcado pela masculinidade, mesmo que atualmente simbólica, da medicina.

Conforme Silva (2006), a hierarquia hospitalar reforça a divisão entre trabalho intelectual e técnico, o que intensifica tensões relacionadas a responsabilidades e autonomia entre os profissionais. A autora também aponta que o exercício do poder, apesar de aparentar estabilidade, é dinâmico e provoca descontentamento e contestação constantes, ainda que de forma implícita. Silva (2006) discute, ainda, que a enfermagem busca maior reconhecimento no contexto hospitalar ao distanciar-se das tarefas técnicas ou “braçais”, direcionando-se para funções de gestão e especialização, aproximando-se do trabalho intelectual, tradicionalmente associado à medicina.

Como observa Vasconcellos (2008), ocorrem disputas entre as mais diversas categorias, dado o ambiente hierarquizado, que prioriza a autonomia profissional

⁴A autora faz o uso proposital da marcação de gênero feminino para enfermagem e masculino para a medicina.

em detrimento da interdependência, na qual hegemonia médica é sustentada. As equipes multiprofissionais, por basearem-se em princípios ontológicos, metodológicos e teóricos distintos, tornam o espaço institucional sujeito tanto a tensões produtivas, que favorecem o agir coletivo, quanto a conflitos e disputas entre seus diferentes projetos. No entanto, em nossa pesquisa, percebe-se uma hegemonia da disputa entre medicina e enfermagem, provavelmente influenciada pelos elementos supracitados.

Essa predominância é identificada nas falas dos próprios profissionais destas duas áreas, muitas vezes direcionadas umas às outras, sugerindo uma centralização de suas questões nesse conflito. Por outro lado, essa dinâmica pode limitar as possibilidades de construção com outros atores, que parecem ficar sem tanto espaço nos discursos sobre os processos da Unidade. Outras categorias profissionais também direcionaram enunciados à medicina e enfermagem, reconhecendo-as como detentoras do poder na Unidade. Uma profissional de outra categoria ilustrou esta percepção ao relatar: “Aqui tem os separados, e tem os dominantes. A busca do meu falar tem que prevalecer. Eu não tenho isso...”, fazendo referência à fragmentação da equipe e também à dinâmica de poder dessas duas categorias, as “dominantes”, mencionando, ainda, a reprodução dela sobre as demais áreas profissionais.

Como aponta [Silva](#) (2006, p. 22) sobre o contexto hospitalar em sua pesquisa:

Alguns pontos são inegáveis: as relações de trabalho são competitivas e o trabalho é fragmentado; o conceito de saúde reduz-se à digressão teórica concretizando-se na prática como um conjunto de trabalhadores restritos a suas ocupações muito bem recortadas e definidas, sendo que, no exercício da saúde, o controle fica circunscrito ao médico, enquanto às enfermeiras também delimitado fica o papel de cuidar, remontando a questões míticas da medicina e da enfermagem.

Diante do exposto, evidencia-se o desafio de construir um trabalho em equipe que seja de fato interdisciplinar, modo tão essencial para a assistência em saúde mental, mesmo havendo diferentes áreas profissionais atuando na mesma unidade. Nesse contexto, nos parece relevante a classificação proposta por [Peduzzi](#) (2001) a respeito das equipes multidisciplinares em saúde, em que as divide em dois tipos: agrupamento e integração.

Na equipe agrupamento, as ações são independentes, ainda que complementares, garantindo autonomia técnica plena de cada área. Já na equipe integração, as ações são articuladas e interdependentes, havendo maior colaboração e diálogo entre os agentes. De acordo com a autora, em ambas as configurações se fazem presentes tensões relacionadas às diferenças de concepções e às desigualdades no valor atribuído e na técnica dos trabalhos especializados. No entanto, a equipe integração distingue-se ao ter a construção de consensos como horizonte ético, e é viabilizada pela valorização das especificidades técnicas, flexibilidade na divisão de tarefas e comunicação entre os profissionais ([Peduzzi](#), 2001).

Considerações finais

Ao explorar os múltiplos significados da palavra *intervenção*, [L'Abbate](#) (2012) enfatiza sua relação com o verbo *intervir* — ou seja, “vir entre” —, e destaca o “vir” como uma flexão do verbo *ver*, apontando a condição do olhar de um terceiro que, ao *intervir*, compõe com sua visão. Foi, portanto, com nosso olhar que *intervimos* e *compusemos*, junto a este território-grupo da Unidade de Internação Psiquiátrica Adulto. Por isso, não negamos a presença de nossas implicações, desejos e posições — profissionais, éticas, políticas —, que não deixaram de se entrelaçar às muitas linhas de histórias cruzadas a todo momento da pesquisa. Enquanto cartógrafos, contaminamos e somos contaminados por aquilo que investigamos, pois, mais do que simplesmente explicar, buscamos, com nosso olhar e escrita, multiplicar sentidos e possibilidades.

Nossa intenção era fazer operar, por meio dos grupos para “análise coletiva do trabalho”, um dispositivo analítico dos processos de trabalho, protagonizado pelos trabalhadores que atuam na Unidade de Internação Psiquiátrica em questão. A aposta era de que a experimentação dos encontros pudesse ser potencializadora de estratégias inventivas, promovendo, assim, mais saúde no trabalho. Amparados, principalmente, pela cartilha do PFST ([Ministério da Saúde](#), 2011), adotamos os grupos como caminho, sem a pretensão nem a promessa de resolver todos os problemas, mas buscando o compartilhamento da responsabilidade e das experiências cotidianas.

O caminho percorrido até o momento — um “meio” do caminho contínuo, como é sempre para a cartografia — nos permite afirmar que essa aposta não foi solitária. Contou com a presença e a contribuição ativa de 19 membros da equipe assistencial, provenientes de diferentes áreas profissionais, para construir os espaços grupais como dispositivo, no sentido descrito por [Barros](#) (1996). Para a autora, um dispositivo é aquilo que tensiona, movimenta o que está cristalizado, desloca para outros lugares, a partir de novas articulações e agenciamentos.

Embora não possamos acompanhar todos os efeitos decorrentes dessa experiência, e sabendo que estes, mesmo entre os visíveis, não seguem uma linearidade, vários deles puderam ser percebidos durante e logo após a realização dos grupos. Entre os mais marcantes, destacamos o (re)conhecimento entre os colegas, promovendo relações mais próximas e humanizadas, com gestos concretos, como o acolhimento à profissional que chorou durante um encontro, e relatos de maior proximidade e interação cotidiana entre aqueles que participaram da intervenção. Os encontros também abriram espaço para questões nunca antes formuladas entre os participantes, como perguntas sobre o trabalho dos colegas e discussões sobre os processos de trabalho e práticas instituídas na Unidade. Houve, por exemplo, o questionamento a respeito das “regras desnecessárias” e do tempo considerado insuficiente da reunião de equipe. Além disso, surgiram iniciativas criativas e colaborativas para resolver alguns dos problemas identificados, como a ideia de inserir comida nas reuniões visando seu prolongamento, e

de organizar festas mensais envolvendo pacientes e equipe para maior integração e “leveza”, movimentos que evidenciaram a implicação dos profissionais nas mudanças desejadas para o ambiente de trabalho.

Após a realização dos grupos, outros acontecimentos podem ser apontados como desdobramentos da intervenção. Entre eles, a iniciativa de uma capacitação conjunta entre a área da enfermagem e da nutrição, com o objetivo de ampliar o conhecimento mútuo sobre os processos de trabalho que se apresentam interdependentes e de fomentar relações de parceria entre as equipes — seja pela escuta sobre os processos de trabalho uns dos outros, seja na aposta de uma construção coletiva de soluções possíveis diante de impasses cotidianos dessa interface. Outra consequência importante foi a aproximação do Serviço de Medicina Ocupacional com a equipe da Unidade, que se revelou especialmente importante durante o período das enchentes no Rio Grande do Sul⁵, ao poder mapear e oferecer suporte aos profissionais afetados. Essa aproximação tem se mantido, com participações frequentes nas reuniões de chefias voltadas à elaboração do plano assistencial da Unidade, colaborando com a articulação das diferentes áreas.

Partimos da compreensão de que há uma complexidade e desafios no trabalho em Saúde Mental realizado no contexto de uma internação psiquiátrica em um hospital geral. A bagagem de cada profissional pode operar de modo a facilitar o compartilhamento de um projeto assistencial e do imaginário de mudanças, assim como o processo de elaboração das incertezas e das exigências psíquicas que esse trabalho produz ([Vasconcellos](#), 2008). Ainda, com diferentes áreas profissionais sendo convocadas ao cuidado em Saúde Mental, [Vasconcellos](#) (2008) aponta o desafio de construir um novo significado para o cuidado, sendo concebido como mais complexo e multifacetado. Revela-se grande variabilidade das formas de lidar com as demandas assistenciais, cuja tentativa de padronização, concordamos com o autor, é inadequada e indesejável. O exercício do cuidar neste contexto, como explorado nos resultados desta cartografia, passa por questões de ordem ética, e [Vasconcellos](#) (2008) acrescentaria, ainda, pela faceta da arte, a qual considera predominar.

⁵Catástrofe climática ocorrida no RS, entre os meses de abril e maio de 2024, causando inundações e deixando milhares de pessoas desabrigadas.

O Hospital, sendo não apenas um espaço de diversidade profissional, mas também de sofrimento e angústia, com suas diversas demandas e hierarquias, é gerador de seu próprio campo de tensão, como aponta [Silva](#) (2006). No entanto, o trabalho na saúde depende dos afetos e da potência produtiva gerados pelas tensões e disputas frente à multiplicidade e ao diverso ([Franco & Merhy](#), 2009). Mesmo que estabelecer diálogos interdisciplinares seja um desafio em meio a uma cultura da pós-modernidade, voltada para a excelência, Silva (2006) propõe, além disso, desenvolver um ambiente profissional propício a novas interpretações e relações. O trabalho, como colocado por [Franco & Merhy](#) (2009), não é uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional. Torna-se dimensão ativa na realidade a partir da ação dos sujeitos, se estruturando como processo dinâmico, sendo modificado e atravessado por muitos interesses, tantos quantos são os que interagem na atividade. Portanto, como destacado pelos autores, os sujeitos e suas ações cotidianas devem ser colocados em análise, buscando pelos modos como se produzem o cuidado.

Dessa forma, o material produzido a partir do nosso campo de análise, organizado pelos eixos “O significativo ‘Cuidado’”, “Cada um no seu quadrado” e “Processos Multi: ampliando a dinâmica Enfermagem x Medicina”, buscou oferecer possibilidades de conexões e compreensões mais aprofundadas dos processos observados no campo de intervenção. Nossa análise procurou rastrear as forças e dinâmicas presentes, identificando tanto os movimentos de reprodução quanto os de invenção que atravessam o campo, produzindo seus efeitos. Ao fazer isso, criou-se a possibilidade de retornar análises ao território de intervenção, não apenas no intuito de uma autocompreensão, ou de oferecer explicações fechadas sobre os fenômenos, mas de produzir deslocamentos nos processos de subjetivação, desterritorializar, para abrir espaço a novas relações de forças, e, assim, novos efeitos ([Paulon & Romagnoli](#), 2010).

São reconhecidas as limitações deste estudo, especialmente no que se refere à impossibilidade de generalização de seus resultados, visto que são irreprodutíveis; localizados em espaço e tempo, e em constante processo de diferenciação. Como pesquisa-intervenção cartográfica, o objetivo não foi propor verdades universais, mas produzir saberes compartilhados e situados, capazes de mobilizar reflexões e práticas no contexto específico investigado.

Por fim, retomamos a cartilha do PFST ([Ministério da Saúde](#), 2011), ao compreendermos o trabalho como uma fonte que pode tanto gerar adoecimento quanto produzir saúde, dependendo da capacidade coletiva de lidar com as variabilidades do meio e de reinventá-lo. Os espaços promovidos com a equipe puderam operar como dispositivos de análise e reinvenção, permitindo reflexões coletivas sobre os procedimentos e dinâmicas instituídas no contexto de trabalho. As contribuições aqui apresentadas evidenciam a potência do encontro entre diferentes especialidades, que, via processo de trabalho, puderam se aproximar, se implicar e (re)conhecer os diversos processos que acontecem na Unidade, produzindo, em última análise, saúde mental.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Almeida, S. A., & Merhy, E. E. (2020). Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. *Revista Psicologia Política*, 20(47), 65–75. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100006
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. (3ª ed.). Editora Fundação Oswaldo Cruz.
- Assunção, A. Á. (2011). Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In C. M. Gomez, J. M. H. Machado, & P. G. L. Pena (Orgs.), *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea* (pp. 453–478). Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413654>
- Baremlitt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: Teoria e prática* (5ª ed.). Editora Record.
- Barros, R. B. (1996). Dispositivo em ação: O grupo. *Cadernos de Subjetividade*, (número especial), 1–262.
- Barros, R. B. (2007). Grupo: *A afirmação de um simulacro*. UFRGS Editora.
- Chauí, M. (1982). *Cultura e democracia: O discurso competente e outras falas*. Editora Moderna.
- Clot, Y. (2001). Clinique du travail, clinique du réel [Clínica do trabalho, clínica do real]. *Le Journal des Psychologues*, 185, 48–51.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Fabrefactum.
- Costa, L. B. (2014). Cartografia: Uma outra forma de pesquisar. *Revista Digital do Laboratório de Artes Visuais*, 7(2), 66–77. <https://doi.org/10.5902/1983734815111>
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141–168). Editora Fiocruz.
- Deleuze, G. (1996). O que é um dispositivo? In G. Deleuze, *O mistério de Ariana* (pp. 83–96). Veja.
- Escóssia, L., & Tedesco, S. (2015). Pista 5 - o coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 92–108). Sulina.
- Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: Produção do cuidado, gestão e formação*. Editora Rede Unida.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder* (R. Machado, Trad.). Graal.
- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade: O cuidado de si* (Vol. 3). Graal.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2013). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos reunidos. Hucitec.
- Franco, T., & Merhy, E. (2009). Mapas analíticos: Uma visão sobre a organização e seus processos de trabalho. *Salud Colectiva*, 5(2), 181–194. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_pt/58/?utm_source=digitalrepository.unm.edu%2Flasm_cucs_pt%2F58&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Gomes, R. S., Silva, F. H., Pinheiro, R., & Barros, M. E. B. (2007). Integralidade como princípio ético e formativo: Um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In R. Pinheiro, M. E. B. Barros, & R. A. Mattos (Orgs.), *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: Valores, saberes e práticas* (pp. 19–36). IMS/ UERJ; CEPESC; ABRASCO.
- L'Abbate, S. (2012). Análise institucional e intervenção: Breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, 8(1), 194–219. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41580>

- Lacaz, F. A. C. (2007). O campo saúde do trabalhador: Resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 757–766. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome [Resumo da pesquisa sobre a relação terapêutica e o desfecho da psicoterapia]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Presidência da República*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Lima, A., & Alvarenga Filho, J. R. (2018). A potência do cuidado: Uma experiência no sistema prisional de Pernambuco. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(Esp. 2), 117–130. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000211971>
- Maia, M. A. B. (2006). *O corpo invisível do trabalho: Cartografia dos processos de trabalho em saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense]. Repositório Digital UFF. http://slab.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/05/2006_d_Miguel_A_B_Maia.pdf
- Maia, M. A. B., & Osorio, C. (2004). Trabalho em saúde em tempos de biopoder. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 56(1), 69–79. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672004000100007
- Maia, M. A. B., & Osorio, C. (2016). O trabalho do cuidado: Dimensão política, ética e estética. In F. Amador, M. E. B. Barros, & T. M. Fonseca (Orgs.), *Clínicas do trabalho e paradigma estético*. Editora da UFRGS.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo* (3ª ed.). Hucitec.
- Merçom, L. N., & Constantinidis, T. C. (2020). Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: Uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, 13(2), 666–695. <https://doi.org/10.4013/ctc.2020.132.14>
- Ministério da Saúde. (2003). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2011). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Programa de formação em saúde do trabalhador*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Nardi, C. H. (2015). Subjetividade e trabalho. In P. F. Bendassolli & J. E. Borges-Andrade (Orgs.), *Dicionário de psicologia do trabalho e das organizações* (pp. 635–640). Casa do Psicólogo.
- Oliveira, A. M., Lemes, A. M., Machado, C. R., Silva, F. L., & Miranda, F. S. (2010). Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, 10, s433–s439. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600023>
- Pagnano, J. R. C., & Benelli, S. J. (2022). O hospital psiquiátrico como analisador da saúde mental: Desvelando as práticas institucionais. *Revista Saber Acadêmico*, 31. https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20220621092911.pdf

- Passos, E., & Barros, R. B. (2015). Pista 1 - a cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17-31). Sulina.
- Paulon, S. M., & Romagnoli, R. C. (2010). Pesquisa-intervenção e cartografia: Melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 85-102. <https://doi.org/10.12957/epp.2010.9019>
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-109. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
- Peduzzi, M., & Palma, J. J. L. (2000). A equipe de saúde. In L. B. Schraiber et al. (Orgs.), *Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica*. Hucitec.
- Pichon-Rivière, E. (1988). *Teoria do vínculo*. Martins Fontes.
- Pitta, A. M. F. (1996). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. Hucitec.
- Pitta, A. M. F. (2016). *Hospital: Dor e morte como ofício* (7ª ed.). Hucitec.
- Poersch, A. L., Cardozo, D. L., & Ramos, M. Z. (2022). Psicologia do trabalho: Intervenções de/em alta complexidade. In C. S. S. Santos, D. L. Cardozo, & T. P. Hemesath (Orgs.), *Psicologia hospitalar na alta complexidade: Teoria, técnica e prática assistencial* (pp. 25-46). Appris Editora.
- Ribeiro, C. V. S., Ruza, F. M., & Costa, R. N. M. P. (2024). Trabalho, subjetividade e ideologia da excelência: Análises a partir de casos de profissionais da saúde e da educação superior. *Trabalho (En)Cena*, 9(Contínuo), e024029. <https://doi.org/10.20873/2526-1487e024029>
- Santos, L. S. (2020). *A polissemia do cuidado na saúde mental infantojuvenil* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório Digital UFRGS. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/230841>
- Santos, P. S., Bernardes, A., Vasconcelos, R. M. A., & Santos, R. S. (2015). Relação entre médicos e enfermeiros do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes: a perspectiva do enfermeiro. *Revista Ciência E Estudos Acadêmicos De Medicina*, 1(04). <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/911>
- Silva, C. O. (1998). Trabalho e subjetividade no hospital geral. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(2), 26-33. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931998000200005>
- Silva, I. M. B. P. (2006). *A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar* [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório Institucional da PUC-SP. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3735>
- Silva, N. R., Corrêa, K. C., Zimermano, S. C., & Silva, M. L. (2023). Síndrome de burnout em profissionais da área de saúde mental. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(5), 2495-2508. <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/9848>
- Soboll, L. A. P., & Horst, A. C. (2013). Ideologia da excelência. In F. O. Vieira, A. M. Mendes, & Á. R. C. Merlo (Orgs.), *Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho* (pp. 225-230). Juruá.
- Vasconcellos, V. C. (2008). *A dinâmica do trabalho em saúde mental: Limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira* [Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz]. Repositório Institucional Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5440>