

## O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE MENTAL: CONSTRUÇÕES RIZOMÁTICAS E (RE)INVENÇÕES

The Teamwork in Mental Health: Rhizomatic Construction and (Re)Inventions

El Trabajo en Equipo en la Salud Mental: Construcciones Rizomáticas y (Re) Inveniones

Elisa Alves da Silva  
*Faculdade Estácio de Sá de Goiás*

### Resumo

O escopo deste artigo é de evidenciar a relevância e a potencialidade do trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerado como um importante dispositivo no campo da saúde mental. A coleta de dados foi feita em duas experiências de campo (2005 e 2013) em três CAPS na cidade de Goiânia (GO). Utilizou-se a abordagem qualitativa tendo como instrumentos os grupos operativos de reflexão e entrevistas semiestruturadas com profissionais, gestores dos CAPS e gestor da Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde. Na análise dos dados, por meio do mapeamento cartográfico, foi possível delinear um paralelo entre o trabalho em equipe e as construções rizomáticas propostas por Deleuze e Guattari. O trabalho em equipe é entendido pelos participantes como um dispositivo que desencadeia maior ou menor potência na manifestação do envolvimento em projetos coletivos, nas decisões compartilhadas e na avaliação crítica do trabalho.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde mental; relações interpessoais; reforma psiquiátrica.

### Abstract

This article aims to highlight the relevance and potentiality of teamwork in the Psychosocial Care Centers (CAPS), they are considered as an important device in mental health field. Data was collected on two field experiments (2005 and 2013) in three CAPS in the city of Goiânia (GO). The method used was qualitative approach and the instruments utilized were reflexive operational groups and semi-structured interviews with professionals, CAPS managers and the manager of the Division of Mental Health / SMS. Through cartographic analysis it was possible to correlate between teamwork and rhizomatic construction proposed by Deleuze and Guattari. The teamwork was considered an important factor that provoked greater or lesser power in shared decisions, critical evaluation of the work and in the manifestation of involvement in the collective projects.

**Key words:** Mental health services; interpersonal relationships; psychiatric reform.

### Resumen

El objetivo de este artículo es evidenciar la importancia y la potencialidad del trabajo en equipo en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), considerado como un importante sistema en el campo de la salud mental. La recolección de datos se hizo en dos investigaciones de campo (2005 y 2013) en tres CAPS de la ciudad de Goiânia (GO). Se ha utilizado un enfoque cualitativo teniendo como

instrumentos los grupos operativos de reflexión y entrevistas semiestructuradas con profesionales, gestores de los CAPS y gestor de la División de Salud Mental de la Secretaria Municipal de Salud. En el análisis de los datos, por medio del inventario cartográfico, fue posible delinear un paralelo entre el trabajo en equipo y las construcciones rizomáticas propuestas por Deleuze y Guattari. El trabajo en equipo es entendido por los participantes como un acontecimiento que desencadena mayor o menor polémica en la manifestación de la participación en proyectos colectivos, en las decisiones compartidas y en la evaluación crítica del trabajo.

**Palabras clave:** Servicios de salud mental; relaciones interpersonales; reforma psiquiátrica.

## INTRODUÇÃO

A Política de Saúde Mental Brasileira foi construída por diversos atores sociais e segue os pressupostos da Reforma Psiquiátrica que tem como proposta a ruptura com os modos centrípetos e autoritários de produção do cuidado na saúde mental: psiquiatrização, medicalização, hospitalocêntrico, ou seja, as práticas centradas em verdades absolutas que, ao longo dos séculos, mantiveram-se inabaláveis e ficaram marcadas pelo saber médico-psiquiátrico em todo o mundo ocidental.

No Brasil, o início de um movimento de questionamento dessa forma de tratamento hegemônico ocorreu na década de 1970, que adveio por meio de manifestações no campo das políticas de saúde mental que estavam acontecendo em diversos países do mundo, sendo iniciada com várias denúncias em relação as práticas desumanas que aconteciam no interior da maioria das instituições psiquiátricas. Logo, esse foi um período marcado pelo processo de substituição do modelo asilar (hospitalocêntrico, manicomial) para o modelo psicossocial (comunitário) (Amarante, 2011; Silva, 2013; Vasconcelos, 2014).

Investigações apontam que, nos serviços pautados pela Política Pública de Saúde Mental no Brasil, o trabalho em equipe é um importante dispositivo na concepção dos preceitos que guiam as atuais práticas e constitui um dos componentes-chave para a qualidade e a oferta do cuidado aos usuários (Costa & Silva, 2013; Silva & Oliveira Filho, 2013; Albuquerque, Gadelha, & Souza, 2018).

Assim, o trabalho em equipe deve ser coerente com o paradigma da desinstitucionalização que redimensiona as intervenções e reorienta as práticas direcionadas às pessoas em sofrimento psíquico. Seguido pela lógica da reabilitação psicossocial, esse modelo de assistência promove ações múltiplas e, por isso, a equipe precisa dispor de atuações plurais (Saraceno, Asioli, & Tognoni, 2010; Thornicroft & Tansella, 2010; Silva, 2013).

Merhy (2013) traz considerações importantes em seu texto sobre os trabalhadores de CAPS, comparando a vivência desses profissionais como se estivessem “no olho do furacão antimanicomial”. Para esse pesquisador, os trabalhadores que, de algum modo,

apostam em novas práticas e nas críticas com relação às formas hegemônicas de produzir ações em saúde situam-se no olho do furacão. Esses lugares tornam-se espaços de trabalho de alta complexidade, pois se constituem como interdisciplinares, intersetoriais e interprofissionais.

Nesse sentido, é nesse campo relacional das visibilidades e invisibilidades da produção do cuidado no trabalho que desvela-se as reflexões sobre o novo modo de funcionamento que as equipes carecem refletir, que tiveram como subsídio teórico o conceito de rizoma formulado na obra de Deleuze e Guattari (1995).

### **O RIZOMA E O TRABALHO EM EQUIPE: CRIANDO CONEXÕES ABERTAS A INVENÇÃO**

Deleuze e Guattari (1995) utilizam o conceito de rizoma adotado da Botânica por ser um tipo de caule que possui ramificações e crescimento horizontal; fica sempre próximo à superfície, manifesta diversas formas e diferenciações e, por isso, é difícil encontrar o seu início ou fim. Os “rizomas vegetais” foram produtivos para o sistema metafórico e simbólico que Deleuze e Guattari (1995) construíram ao se referirem a essa figura do rizoma para evidenciar a complexidade das relações e conexões produzidas e agenciadas nos campos diversos da sociedade.

Nesses termos, extrapolaram o conceito da Botânica e agenciaram o seu formato no campo filosófico e social, e isto vem auxiliar no âmbito da saúde mental pública, na qual a solicitação é por serviços que operem em rede e combinem equipes em atuações plurais. Há nessa proposta um potencial de rejeição de modelos pré-estabelecidos, na tentativa de evidenciar outros modos organizativos de pensamentos e relações.

Deleuze e Guattari (1995) oferecem algumas características da produção de um rizoma por meio de seis princípios: conexão, heterogeneidade, multiplicidade, ruptura a-significante, cartografia e decalque. Nesse caminho, foi elaborado pela autora do artigo, uma correlação desses seis princípios com as características possíveis de serem encontradas no trabalho em equipe no campo da saúde mental, sendo assim apresentada:

1. Conexão: feita por contato e por isso qualquer ponto pode se conectar, mesmo os que estão em oposição. As conexões produzem novos acontecimentos (Deleuze & Guattari, 1995). Na equipe essas conexões acontecem no campo relacional dos trabalhadores entre o saber e a subjetividade que geram o cuidado. É comum o encontro dos fazeres entre os paradigmas biomédico e psicossocial. No trabalho em equipe essas oposições se deparam, podendo não se conectar e ocasionar práticas segmentadas. No entanto, nessas relações pode haver conexões que criam espaços para reflexões e, muitas vezes, a possibilidade de novas práticas.

2. Heterogeneidade: são linhas que não se reduzem somente à linguagem verbal, estando também ligadas às diversas linhas do campo social, econômico, simbólico, entre

outras (Deleuze & Guattari, 1995). O trabalho em equipe pressupõe diferentes conexões que perpassam diversas áreas do conhecimento, de visão de homem, de técnicas, de relações sociais e de poder. Decorre da capacidade de lidar com as diferenças em um campo complexo.

3. Multiplicidade: não possui um ponto fixo e, portanto, há uma inexistência da unidade. Transforma de natureza com o aumento das conexões (Deleuze & Guattari, 1995). O trabalho em equipe desfaz a ideia de unidade e implica o aumento das conexões entre os profissionais, multiplicando e potencializando novas possibilidades de cuidado.

4. Ruptura a-significante: produção de processos de territorialização e desterritorialização. As raízes, ao romper por meio de linhas de fuga e rupturas, são capazes de fazer outras conexões (Deleuze & Guattari, 1995). No território da saúde é comum a fixação de práticas por meio de um determinado referencial de conhecimento. Há trabalhadores que permanecem em territórios fixos e outros que rompem em busca de novas práticas. Essa ruptura permite conexões para um novo modelo de funcionamento do trabalho em equipe. Essa contínua desterritorialização produz mudanças na forma de produzir o cuidado.

5. Cartografia: produz mapas de determinados momentos; são mapas de experimentações vivenciadas no real que permitem modificações constantes e a criação de processos inventivos (Deleuze & Guattari, 1995). A cartografia é utilizada como um método de investigação. No trabalho em equipe pode auxiliar na composição dos mapas que revelam os movimentos e as linhas possíveis de interações. Essa experiência evidencia um sistema aberto e não estruturado, ou seja, um mapa sempre móvel.

6. Decalque: possui estruturas profundas e por isso pode ser reproduzido. Há uma supervalorização da estrutura e uma desvalorização da dinâmica processual dos mapas (Deleuze & Guattari, 1995). No trabalho em equipe é possível notar a ocorrência de dinâmicas relacionais hierárquicas, gerando modos rígidos de ações, valores e produção do cuidado. São equipes que reproduzem modelos estabelecidos, com sistemas fechados, sem possibilidades de mudanças.

Logo, vale ressaltar que essas características que se localizam em espaços individuais e coletivos se inter cruzam e originam funcionamentos singulares em cada serviço. Desse modo, pensar um trabalho em equipe de modo rizomático implica refletir acerca das atribuições e atitudes que estão envolvidas na concepção de um formato que requer a coletividade em ação.

A apreensão do caráter rizomático nas equipes promove tipos de conexões que operam os processos de trabalho nos serviços a partir das pistas que compõem as características do rizoma (Carvalho & Franco, 2015). O foco de análise parte da micropolítica, por meio da qual é possível compreender o campo de forças da dominação que causa estabilidade, bem como a realidade sensível que requisita as mudanças (Rolnik, 2011).

## MÉTODO

Os dados dessa investigação são advindos das pesquisas realizadas durante o mestrado e doutorado, que abordaram sobre as relações de (des)cuidado que perpassam o cotidiano dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de um estudo longitudinal que ocorreu a primeira etapa no ano de 2005 e a segunda no ano de 2013, em três CAPS da cidade de Goiânia - GO. Nesse estudo apresentamos as questões discutidas que dizem respeito ao trabalho em equipe a partir dos levantamentos de dados da segunda etapa.

Utilizou-se a abordagem qualitativa e os instrumentos empregados foram grupos operativos de reflexão e entrevistas semiestruturadas. Os grupos operativos de reflexão são definidos como centrados na tarefa e foram criados para compreender e elaborar os conflitos e tensões que estavam sendo gerados no ambiente de trabalho, com o propósito de que a tarefa grupal possa questionar, gerar reflexões e transformar as situações fixas e estereotipadas (Coronel, 1997; Pichon-Rivière, 2009). A entrevista semiestruturada privilegia o processo de interação social e tem como objetivo obter informações sobre condutas, aspectos relacionais, sistema de valores e normas, integrando informações que podem ser aprofundadas na relação entre participante e pesquisador (Minayo, 2014).

Para tanto, nesse presente trabalho foi efetuado um recorte referente a uma atividade que ocorreu nos três grupos operativos de reflexão no ano de 2005, contando com a participação de 22 profissionais. A atividade proposta aos três grupos foi de elaborar desenhos/gráficos com a indicação “Roda da equipe: refletindo sobre as relações de cuidado”. Foram entregues aos profissionais duas folhas com um círculo desenhado ao centro; na primeira folha havia a indicação da “situação real” e na segunda a “situação ideal”; assim foram feitos três desenhos/gráficos de cada situação. As experiências discutidas nos grupos foram representadas dentro do círculo, no formato escolhido pelos participantes. A elaboração dessa atividade permitiu registrar um momento específico das equipes, sendo esquemas de um determinado instante capturado.

Na segunda etapa, o retorno ao campo ocorreu no ano de 2013 com o objetivo de reciclar os dados e compreender as mudanças que ocorreram em relação as ações de (des)cuidado aos trabalhadores e ao modo de funcionamento do trabalho em equipe. Alguns profissionais que participaram da primeira etapa, pelo passar dos anos, não estavam mais presentes nos serviços devido terem ido atuar em outro CAPS ou havia ocorrido a mudança para outro setor da saúde. Por isso houve a diminuição do número de participantes na segunda etapa.

Assim, o retorno ao campo contou com a participação de profissionais, gestores dos CAPS e gestor da Divisão de Saúde Mental (DSM) da Secretaria Municipal de Saúde de

Goiânia, totalizando 12 participantes. Para essa etapa foram realizadas as entrevistas semiestruturadas, nas quais os participantes novamente tiveram contato com os gráficos produzidos na primeira investigação, a fim de que os profissionais pudessem identificar os impasses que ainda permaneciam, as inovações conquistadas e os desafios necessários no território da produção do cuidado, servindo com um instrumento de reflexão temporal das práticas cotidianas desses CAPS.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e elaboradas em formato de narrativa e sendo apresentadas em um segundo encontro com os mesmos participantes entrevistados. Esse segundo encontro teve a finalidade de validar os dados e produzir o chamado *efeitos de narrativa*, considerado em pesquisas como efeitos de aprofundamento das questões sobre os temas pouco desenvolvidos no primeiro encontro (Campos & Furtado, 2008; Campos, 2011).

A análise dos dados do presente estudo é cartográfica (Rolnik, 2011) e acompanhou os seguintes movimentos: a) aproximação das leituras das narrativas; b) exaustão com as (re)leituras das narrativas realizadas de modo mais repetitivo e minucioso; c) sistematização das discussões argumentativas das construções reais e ideais que indicassem as pistas da produção do cuidado no trabalho em equipe, tendo como eixo os desafios e as ações potencializadoras de cuidado.

Por fim, cabe destacar que o projeto de continuidade do estudo do ano de 2013 foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP-IH-UnB), com número de parecer n. 222.682. Os participantes da pesquisa receberam orientações quanto aos objetivos do projeto, sendo também informados sobre a desistência a qualquer momento e a garantia da confidencialidade, privacidade e sigilo. Após os esclarecimentos todos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), construído de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

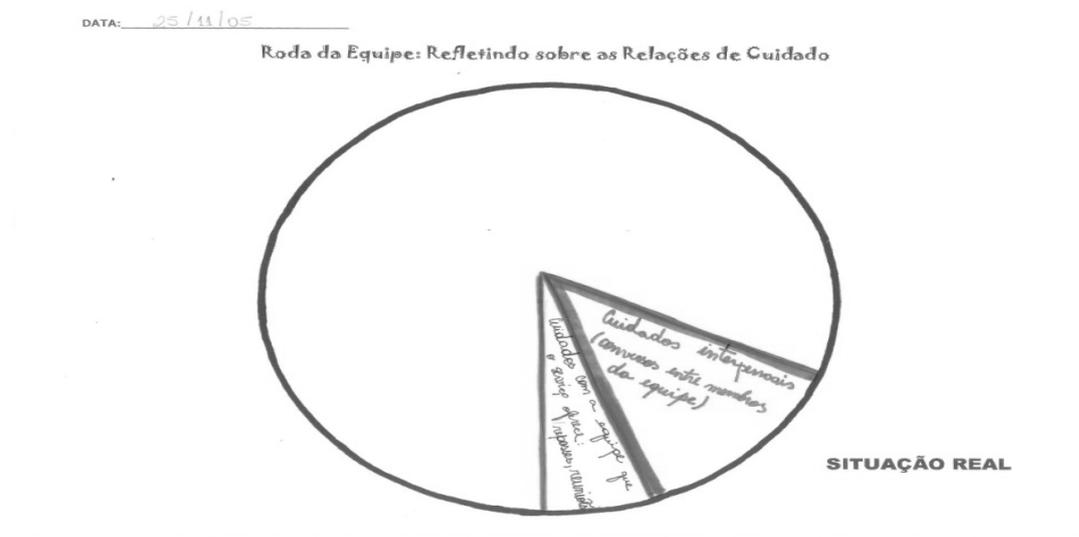
## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **AS CONSTRUÇÕES REAIS: AS PEDRAS NO MEIO DO CAMINHO**

Os gráficos denominados de “situação real” sobre as relações de cuidado que perpassam o trabalho em equipe conduziram a algumas pistas, conexões, linhas de fuga e territórios existenciais do trabalho em equipe. Todos os três grupos inicialmente não conseguiram pensar quais seriam os momentos de relações de cuidado entre a equipe e houve muitas discussões.

Para os participantes do grupo CAPS 1 (Figura 1), os espaços reais de produção do cuidado foram assim entendidos: a) relacionamentos interpessoais na equipe com encontros e conversas de apoio e suporte (considerado em dimensão maior); b) reunião com toda a equipe, repasses e discussões dos atendimentos (possuíam tempo menor e um cuidado indireto). Durante essas reuniões, a possibilidade de falar das angústias e fragilidades era avaliada como momentos valiosos que traziam alívio ao cotidiano de trabalho.

Os profissionais e o gestor participantes das entrevistas desse CAPS 1 consideraram que atualmente eles ainda possuem esses mesmos dispositivos de cuidado, e as relações interpessoais continuam sendo o principal instrumento de suporte e cuidado da equipe no presente período. Avaliaram essas relações como coesas e que permitem até mesmo a sustentação ao trabalho de profissionais que estão insatisfeitos. Esses momentos não são sistematizados e acontecem informalmente. *“Às vezes estamos em um sofrimento pensando em como resolver um caso e vem o colega e faz apontamentos tão essenciais que tira a gente daquele lugar de preocupação. Sentimos que a equipe é o que sustenta esse trabalho” (Profissionais).*

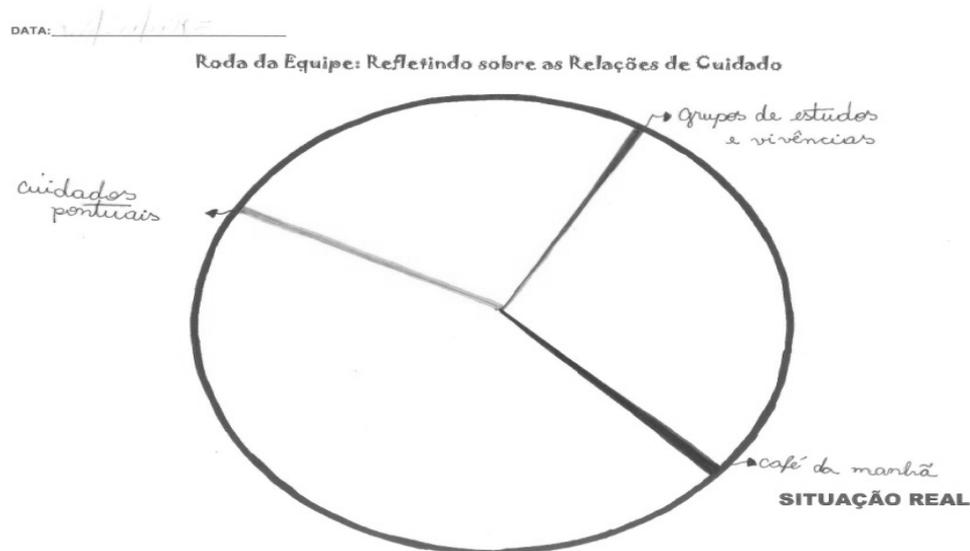


**Figura 1** - Desenho/gráfico da roda da equipe: refletindo sobre as relações de cuidado – Situação real – CAPS 1

Para o grupo do CAPS 2 (Figura 2), os espaços de produção do cuidado foram assim organizados: a) reuniões de equipe com tempo maior para trocas e conversas administrativas, mas com tempo menor para discussões dos atendimentos; b) reuniões técnicas para discussões de casos e sentimentos envolvidos, e por isso um sentimento de maior cuidado; c) grupo de estudos e atividades fora da instituição que permitiam o relacionamento interpessoal da equipe.



Atualmente os participantes e gestor desse CAPS 3 avaliaram que esses momentos de produção do cuidado tiveram várias mudanças, sendo que ainda possuem as situações citadas, mas com distinta concepção do trabalho em equipe e das relações interpessoais. A reunião de equipe tem outra dinâmica e por isso esse dispositivo é, no momento, muito importante. Nesse sentido, compreendem que esse gráfico não representa as relações de cuidado que conseguiram conquistar no presente. “A nossa reunião de equipe anteriormente era muito difícil, era terrível participar dela. Então hoje a reunião de equipe nos dá muito suporte, o que antes não acontecia, saímos piores dela. O interessante é que conseguimos mudar” (Profissionais).



**Figura 3** - Desenho/gráfico da roda da equipe: refletindo sobre as relações de cuidado – Situação real – CAPS 3

A análise desses materiais decorreu da compreensão de que o funcionamento da equipe no paradigma psicossocial envolve as características da produção de um sistema rizomático (Deleuze & Guattari, 1995). Durante os relatos dessa atividade foi possível notar nos três grupos as pistas que produzem a construção de uma equipe rizomática. Assim como em outras pesquisas, as conexões entre os profissionais transcorrem a todo o momento por meio de uma heterogeneidade das relações interpessoais, sendo que em algumas equipes essas conexões têm uma força maior e provocam uma multiplicidade de cuidado mais intensa nos espaços intercessores (Franco & Merhy, 2013; Carvalho & Franco, 2015).

Desse modo, o retorno ao campo permitiu observar equipes que permanecem em territórios fixos por não ultrapassarem o processo de desterritorialização, então continuam reproduzindo os decalques de um sistema fechado, sem possibilidade de mudanças, gerando muitos conflitos e sofrimentos nas relações interpessoais. Foi possível capturar também

equipes que conseguiram romper com as estruturas enraizadas ao buscarem as linhas de fuga; nesse movimento houve o processo de reterritorialização, no qual foram capazes de fazer mais conexões de produção do cuidado.

No decorrer das análises foi observado que a sustentação das inovações, do buscar novas linhas de fuga, do rompimento com as dinâmicas cristalizadas estão também articuladas à dinâmica micropolítica, à territorialização no modelo psicossocial e às tecnologias das relações estruturadas no trabalho em equipe (Franco, 2013).

As dificuldades que os participantes tiveram para elaborar os desenhos/gráficos forneceram pistas no sentido de que há, no trabalho em equipe, poucos momentos sistematizados para a produção do cuidado. Nessa direção, alguns autores elucidam que os assuntos referentes aos recursos humanos não deveriam estar à margem dos serviços como frequentemente acontece no cotidiano, pois a maioria das estratégias de intervenção passa pelo campo da complexidade e depende dos relacionamentos estabelecidos nos serviços, ou seja, está também articulada às relações do trabalho em equipe (Albuquerque et al., 2018; Saraceno et al., 2010; Thornicroft & Tansella, 2010)

Em um dos grupos, em 2005, não foi possível observar uma multiplicidade de ações experimentadas no plano real, sem buscas por rupturas ou linhas de fuga. Os diálogos giraram em torno das dificuldades e dos momentos que não aconteciam. Havia nas entrelinhas uma responsabilização dessas dificuldades/ausências na estrutura do serviço e no funcionamento da gestão, ou seja, uma busca na repetição de sistemas cênicos, em ações centralizadas no poder/saber que revelam a dinâmica micropolítica das equipes (Franco, 2013).

Em algumas situações, havia no relato a reprodução de um decalque, uma busca por processos de hierarquização que justificassem ações cristalizadas e fechadas. Os grupos estavam reproduzindo um funcionamento estabelecido gerador de conflitos e tensões que não davam lugar para reflexões ou questionamentos sobre a produção do cuidado.

Para Deleuze e Guattari (1995), o decalque pode transformar o rizoma em raízes, em estruturas, neutralizando as conexões e multiplicidades. A ameaça do decalque reside na reprodução do rizoma somente quanto aos impasses, bloqueios e pontos de estruturação. Essa característica constitui um paradoxo para equipe que trabalha de modo psicossocial, que ao permanecer em sistemas que apresentam muitas resistências e relações conflituosas, cristalizam a forma de atuação e não conseguem inovar (Franco & Merhy, 2013; Carvalho & Franco, 2015).

Esse palco das invisibilidades e do não dizível também faz parte da micropolítica do processo de trabalho, sendo gerador tanto de potências e novas ideias quanto de repetições e descontentamentos (Franco, 2013). Assim, ao observar os grupos e os relatos

atuais encontra-se a presença de tensões e conflitos, como também os sentimentos de suporte e apoio que o trabalho em equipe proporciona.

Essas situações paradoxais são construídas no coletivo, desencadeando manifestações comuns em todo trabalho em equipe e por isso deve haver lugares em que se possa fazer a escuta dessas experimentações, pois são polaridades não excludentes e constituem o cotidiano dos CAPS. Para Merhy (2013), criar esses lugares de escuta e manifestação das polaridades motiva oportunidades de reflexões e problematização do cotidiano dos CAPS elaboradas por trabalhadores da saúde mental e não por pessoas que estão em oposição ao paradigma antimanicomial.

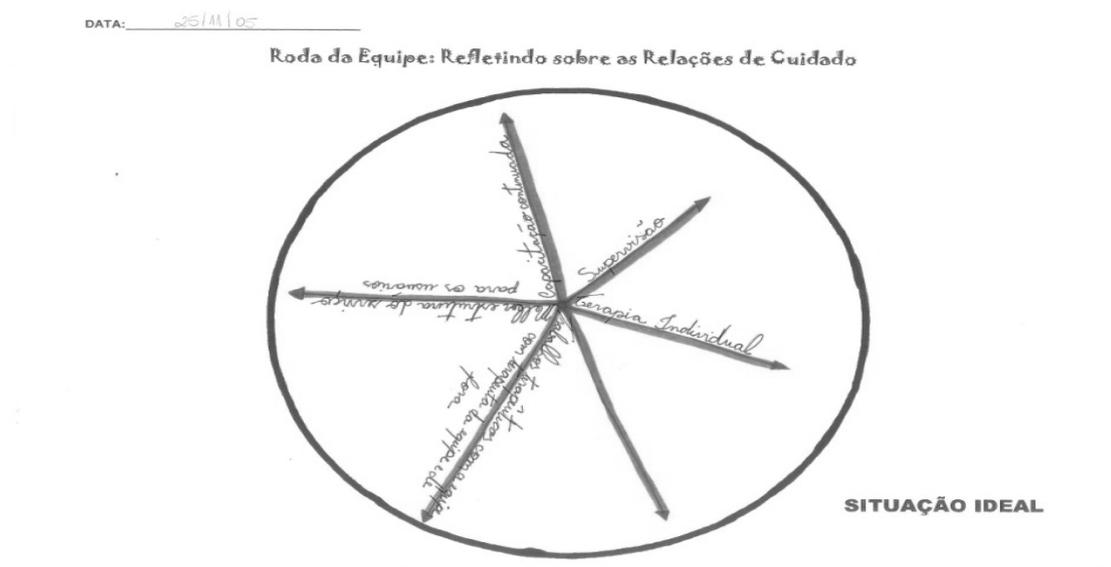
Desse ponto de vista, é nessa aposta relacional da equipe que os sistemas rizomáticos podem ser manifestados com mais intensidade, dando espaço para a produção do cuidado, particularmente para os trabalhadores que ofertam seu trabalho para vivificar o sentido da vida do outro (Merhy, 2013).

### **AS CONSTRUÇÕES IDEAIS: AS POTENCIALIDADES NÃO UTÓPICAS**

Os três desenhos/gráficos da “situação ideal” apresentam as pistas da produção do cuidado revelando as potencialidades e a inventividade presentes no trabalho em equipe. Foi uma proposta que evidenciou avanços, ofereceu novas reflexões para todos os grupos, provocou conexões antes não pensadas e articulou a heterogeneidade do campo complexo dos profissionais. Os desenhos/gráficos foram representativos na visibilidade do pensar em outras linhas de fuga e conexões da produção do cuidado, evidenciadas em alguns novos movimentos das equipes.

O grupo do CAPS 1 (Figura 4) considerou os seguintes espaços ideais de produção do cuidado: a) supervisão; b) terapia individual; c) atividades terapêuticas com a equipe; d) capacitação continuada; e) melhor estrutura (física e material) do serviço para os usuários. Os participantes relataram que todos esses momentos estão interligados e podem não ter conseguido pensar em outras propostas. Por isso, o grupo resolveu não fechar o gráfico e deixar uma seta livre, sem sugestões, para ser algo que representasse a possibilidade do não-pensando, sendo assim uma equipe que acredita na invenção e criação como força potente dos profissionais que atuam no modelo psicossocial.

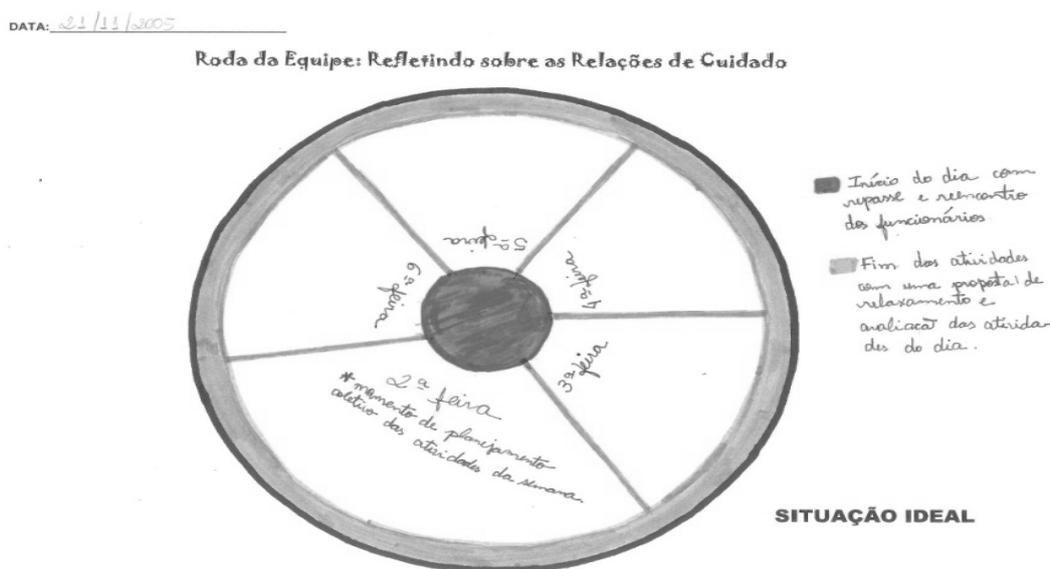
No período atual os participantes avaliaram que fizeram alguns movimentos para alcançar essas possibilidades de cuidado, mas que ainda consideram como pouco potentes por não terem atingido as reais necessidades que essas modificações requerem e também por serem ações que dependem da participação da gestão do CAPS e da DSM. Ponderaram também que as propostas de cuidado que podem ser realizadas na equipe são discutidas superficialmente, consentidas como não necessidade.



**Figura 4** - Desenho/gráfico da roda da equipe: refletindo sobre as relações de cuidado – Situação ideal – CAPS 1

O grupo do CAPS 2 (Figura 5) teve a seguinte proposta: a) repasses e trocas de informações no início e final do período de trabalho; b) grupo de estudo semanalmente com objetivo de preparar a equipe com informações básicas sobre questões referentes ao CAPS; c) melhoria das relações interpessoais por meio de grupo de reflexão e supervisão; d) supervisão com alguém que fosse exterior à equipe e que tivesse conhecimento do funcionamento dos CAPS.

Para os participantes desse CAPS apenas duas dessas propostas foram possíveis de serem concretizadas, assim mesmo de forma parcial e não constante, que compreendem os repasses do serviço de modo mais sistemático e a supervisão para todos os CAPS da Rede de álcool e outras drogas. Os participantes avaliaram que a produção do cuidado é muito precária nessa equipe; os profissionais não se sentem apoiados a verbalizar as angústias e as impotências que vivenciam no cotidiano, a equipe faz muitas cobranças à gestão e a gestão tem muito receio de verbalizar sobre as relações interpessoais com a equipe.



**Figura 5** - Desenho/gráfico da roda da equipe: refletindo sobre as relações de cuidado – Situação ideal – CAPS 2

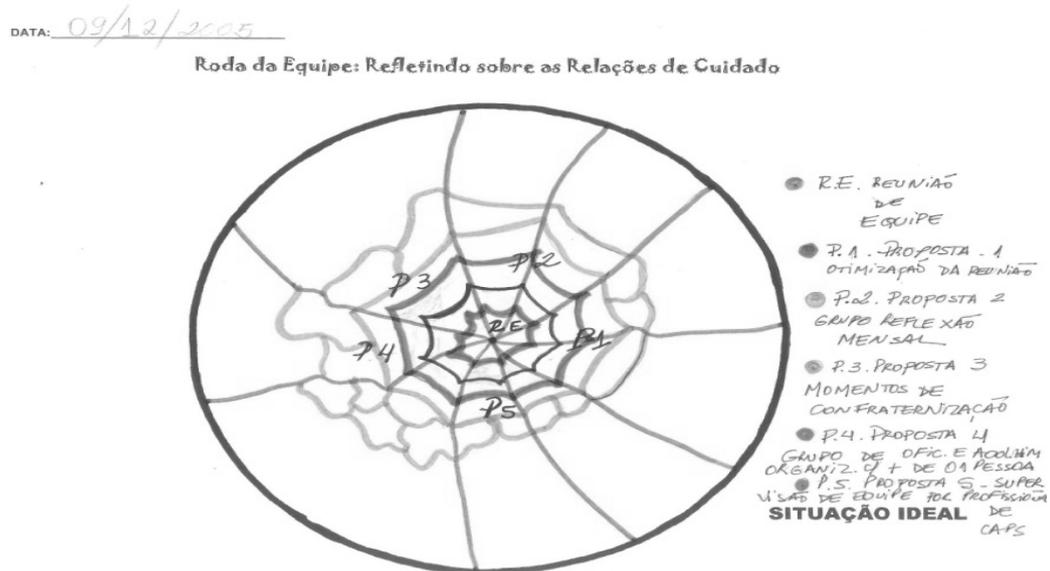
O grupo do CAPS 3 (Figura 6) apresentou as seguintes indicações: a) otimização do tempo para os profissionais se manifestarem acerca das inquietações e dificuldades referentes aos casos atendidos; b) grupo de reflexões; c) momentos de confraternização; d) grupos com oficinas de acolhimento para os profissionais, realizadas por pessoas da equipe; e) supervisão de equipe feita por profissionais com experiência na rede de saúde mental.

Os participantes desse grupo no período atual demonstraram surpresa ao ver que o desenho/gráfico ideal estava representativo da equipe desse CAPS no momento presente. Relataram que ainda não tinham tido essa percepção de quanto avançaram nas relações interpessoais. Com relação às propostas eles ainda não conseguiram a supervisão clínico-institucional; mesmo tendo o projeto aprovado no Ministério da Saúde, pois encontraram dificuldade nas negociações com o supervisor. Consideraram que as outras propostas estão contempladas no cotidiano de trabalho.

*Foi muito interessante vermos o nosso gráfico ideal das relações de cuidado que fizemos há anos atrás (2005), enquanto fomos falando e agora podendo visualizar algo mais concreto, parece que foi você (pesquisadora) que fez esse gráfico agora, construindo essa teia de tudo que a gente falou, realmente caminhamos bastante. Há alguns anos atrás não imaginávamos que seria possível essa mudança (Profissionais).*

As construções rizomáticas dessa equipe foram potentes em conexões realizadas nas relações intercessoras que se constituíram como possíveis pela passagem de linhas de

fugas ao possibilitarem novos fazeres compostos pela heterogeneidade de novas pessoas que entraram na equipe e engendraram multiplicidades de cuidados articulados à gestão e aos profissionais. Essas experimentações de escuta e participação criaram novos dispositivos que permitiram melhorar e qualificar o trabalho em equipe, por exemplo: o protocolo de atendimento, responsabilizações compartilhadas entre equipe e gestão, sistematização com flexibilidade da reunião de equipe, referência do usuário realizada por miniequipes de profissionais.



**Figura 6** - Desenho/gráfico da roda da equipe: refletindo sobre as relações de cuidado – Situação ideal – CAPS 3

Essa experiência da elaboração do desenho/gráfico articulada à temporalidade da (re)visão do que foi construído pelos grupos dos CAPS revelou-se uma potente atividade de reflexão sobre a prática do trabalho estabelecida nos CAPS. Foi um momento em que os profissionais conseguiram perceber novas conexões, diferenças na ação do discutir e do fazer.

É importante ressaltar que algumas propostas levantadas sobre os espaços de produção do cuidado estão condicionadas à participação dos gestores implicados nesses serviços; afinal o eixo de operacionalização dessas equipes fazem parte dos direcionamentos dos gestores (Franco & Merhy, 2013). Alguns impasses colocados pelos participantes evidenciaram essas questões, a citar: supervisão não continuada, sistematização da reunião de equipe, carência de recursos materiais e físicos, ausência de educação permanente, entre outras.

Assim, a tarefa de criar estratégias que contemplem a produção do cuidado necessita de uma multiplicidade mais ampla que a equipe, requerendo a implicação de todos

os gestores interligados aos serviços (CAPS, DSM, Ministério da Saúde). Esses profissionais possuem um papel fundamental na dinamização das equipes, no formato de gestões que garantam uma participação colegiada e na responsabilização pela integração interna da equipe.

Outro ponto considerado relevante e que foi destacado pelos participantes diz respeito à possibilidade de as equipes atuarem como cuidadoras de si. Nessa direção, Merhy (2013) aponta que, além das supervisões clínico-institucionais, os trabalhadores deveriam instituir arranjos autogeridos como parte do cotidiano. Alguns autores (Grigolo, 2010; Saraceno *et al.*, 2010; Silva, 2013) contribuem nesse direcionamento e esclarecem que isso é possível se houver atitudes acolhedoras, um estilo de trabalho que permita o consumo da afetividade, o estabelecimento de vínculos interpessoais mais próximos e uma disponibilidade de trocas de saberes que rompam com o tecnicismo e organizem relações mais coesas e integradas.

*A rede de afeto nas relações aumentou bastante. As pessoas da equipe estão muito mais preocupadas com o colega de trabalho, respeitando o outro. Antes esse outro era visto com olhar de negligência e de desinteresse. Vemos que antes o trabalho era mais individual e tínhamos determinados casos que o olhar da equipe para a pessoa era de competição mesmo: quero ver se fulano vai dar conta desse caso agora. E ficávamos esperando para ver o fracasso da pessoa, ver se ela ia dar conta mesmo e aí dando certo ou não a gente ficava para assistir. E atualmente não, vemos que quando aparece um caso existe uma cumplicidade da equipe para dar conta daquilo, o caso não é da pessoa, é nosso. Então os afetos e a cumplicidade de estarmos juntos, de disponibilizarmos uns aos outros, ajudou muito para esse momento que hoje vivenciamos (Profissionais).*

Os participantes avaliaram que a ausência do apoio, da afetividade e da cumplicidade em detrimento de relacionamentos pautados na individualidade, na competição e no julgamento provoca o enclausuramento dos profissionais por sentirem receio de expor o trabalho que tem sido realizado ou, mesmo, suscita embates permanentes que desgastam o cotidiano e as relações.

Dessa forma, vale ressaltar que momentos de encontros e compartilhamento do cotidiano dos serviços de saúde, como esses motivados pela pesquisa, são oportunidades das equipes se autoanalisarem e refletirem sobre os avanços e impasses que podem qualificar e repensar o modo de organização do trabalho. É um desafio constante apostar nessas ações, pois existe ainda a carência de integração entre as redes de saúde, sucateamentos e precarizações dos serviços e contratos de trabalho, além dos gestores atuais das políticas públicas anunciarem mudanças que sinalizam retrocessos no campo da saúde mental.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em equipe foi considerado pelos participantes um dispositivo muito importante para a dinâmica cotidiana de cada CAPS. Sendo assim, foi possível identificar que os dispositivos que proporcionam a produção do cuidado e potencializam o desenvolvimento do trabalho em equipe se dividem em internos e externos. Os internos são autogeridos pela própria equipe e são possíveis de serem criados pelo nível de integração da equipe juntamente com o interesse dos profissionais e gestores. Os externos advêm da implicação dos gestores interligados aos serviços e aos profissionais (CAPS, DSM, Ministério da Saúde) para organizarem os procedimentos burocráticos que deem acesso aos recursos e à aquisição dos dispositivos; nesse caso os profissionais precisam também de se envolverem e ter interesses na obtenção desse subsídio.

Nesta pesquisa os dispositivos internos identificados pelos gestores e trabalhadores foram: reunião de equipe semanalmente sistematizada com flexibilidade, organização da referência por miniequipe, capacitação com pessoas da equipe e momentos de confraternização. Os dispositivos externos: supervisão clínico-institucional e capacitação planejada com temáticas que envolvam as experiências dos serviços.

Igualmente, foi importante observar que os modos de atuação do trabalho em equipe são diversos. Nesse funcionamento, existem equipes que operam em construções rizomáticas (Deleuze & Guattari, 1995) e essa verificação contribuiu para observar que o trabalho em equipe nos CAPS vai para além das estruturas e modelos a serem seguidos e fazem acessar a força do campo relacional instituída no coletivo, indicando a relevância das relações atuantes na dinâmica micropolítica.

É preciso, inclusive, enfatizar que, quando é colocada a ressalva para o campo das relações, do âmbito micropolítico dos CAPS, isto não ocorre no sentido de considerar que a concretização do modelo psicossocial e a responsabilidade pela construção de inovações nos cenários dos CAPS sejam possíveis somente pelo engajamento dos trabalhadores em fazer com que esse projeto tenha êxito. Na verdade, se assim fosse, não existiria motivação, desejo e disponibilidade suficientes para atingir a expansão da rede de saúde mental que se construiu em meio aos impasses que ainda permanecem e precisam ser ultrapassados.

Nessa concepção, é fundamental a regularidade dos dispositivos que agenciam a produção do cuidado regulamentados em portarias e diretrizes direcionadas aos serviços de saúde mental. O empreendimento dessa tarefa possibilita a promoção de cuidado e saúde aos trabalhadores, o fortalecimento das ações cotidianas dos serviços, assim como libera a produção da diferença na repetição e de novas formas de cuidado. Os dados revelados alcança a afirmação da relevância da tecnologia das relações imbuída nos espaços micropolíticos dos CAPS, bem como ratifica, nas experimentações teórico-práticas, as mudanças vivenciadas em ações nas quais estão inseridas a produção do cuidado em equipe.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, I. N., Gadelha, C. T., & Souza, R. B. (2018). Transformações do modelo assistencial em saúde mental: desafios dos trabalhadores da saúde na concretização dos projetos terapêuticos. *Brazilian Applied Science Review*, 2(4ed. Esp.), 1334-1345. Recuperado em 17 de dezembro de 2018, de <http://www.brjd.com.br/index.php/BASR/article/view/520>
- Amarante, P. (2011). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Carvalho, M. N., & Franco, T. B. (2015). Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 (3), 863-884. Recuperado em 07 de agosto de 2018, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300010>
- Coronel, L. C. I. (1997). Grupos de reflexão. In D. E. Zimerman, & L. C. Osório (Eds). *Como trabalhamos com grupo*. (pp. 345 – 350). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa, I. I., & Silva, E. A. (2013). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: sobre a complexidade do sofrimento psíquico dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume 1. Rio de Janeiro: Ed. 34. Coleção TRANS.
- Franco, T. B. (2013). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In E. E. Merhy, & T. F. Batista (Eds). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (pp. 226 – 242). São Paulo: Hucitec.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E (2013). Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seu processo de trabalho. In E. E. Merhy, & T. F. Batista (Eds). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. (pp. 338 – 361). São Paulo: Hucitec.
- Grigolo, T. M. (2010). “O Caps me deu voz, me deu escuta”: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Brasília, DF. Recuperado em 21 de maio de 2012, de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/7193>
- Merhy, E. E. (2013). Os Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial: Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. In E. E. Merhy, & T. F. Batista (Eds). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. (pp. 213 – 225). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Pichon-Rivière, E. (2009). *O processo grupal*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Campos, R. O. (2011). Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1269-1286. Recuperado em 13 de agosto de 2012, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400006>

- Campo, R. O., & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In R. O. Campos, R., J. P. Furtado, E. Passos, & R. Benevides (Eds). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: Desenho participativo e efeitos da narratividade*. (pp. 321-334). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Rolnik, S. (2011). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS.
- Saraceno, B., Asioli, F., & Tognoni, G. (2010). *Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária*. São Paulo: Hucitec.
- 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 em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB). Brasília, DF. Recuperado em 18 de março de 2014 de 2014, de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15053>
- Silva, J. C. B., & Oliveira Filho, P. (2013). Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo sobre trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 30(4), 609-617. Recuperado em 22 de julho de 2017, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400014>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri, SP: Manole.
- Vasconcelos, E. M. (2014). Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In E. M. Vasconcelos (Ed). *Abordagens psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares* (pp. 27 – 55). São Paulo: Hucitec.

**Nota sobre a autora:**

**Elisa Alves da Silva** - Doutora em Psicologia Clínica e Cultura (UnB), Brasil. Docente e Coordenadora de Estágio do Curso de Psicologia da Faculdade Estácio de Sá de Goiás. E-mail: [elisapsi@gmail.com](mailto:elisapsi@gmail.com).

**Recebido:** 11/11/2018.  
**Aprovado:** 31/03/2019.