

As implicações da organização do trabalho para a interprofissionalidade na saúde mental

Changes in work organization and their contributions to interprofessional work in healthcare

Karina Faustino de Carvalho Tetéo*  

Edla Hoffmann**  

Resumo: Este artigo objetiva analisar como as transformações do mundo do trabalho influenciam na materialização do trabalho interprofissional na área da saúde, visto que, em seu processo de desenvolvimento, essa área é marcada pela forte influência do modo de produção capitalista. Apresenta resultados parciais de uma pesquisa de mestrado fundamentada no método dialético-crítico. Trata-se de um estudo de enfoque misto, contemplando uma abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida a partir de uma ampla revisão bibliográfica e de pesquisa de campo através de entrevistas semiestruturadas. Os resultados apontam que grande parte dos dispositivos de saúde mental pesquisados se encontra pautada no trabalho multiprofissional, sem o exercício da interprofissionalidade, pois permanecem centrados em ações individuais, sem trocas e ações integradas entre os(as) profissionais. Tal conjuntura aponta para um cenário complexo e desafiador para a materialização do trabalho, considerando a ausência de uma rede de saúde organizada, efetiva e resolutiva, que garanta ações e serviços contínuos e articulados.

Abstract: The aim of this article is to analyze how transformations in the world of work influence the materialization of interprofessional work in the healthcare sector, given that, in its development process, this area is marked by the strong influence of capitalist modes of production. It presents the partial results of a master's research based on the dialectical-critical method. It is a study with a mixed approach, including a quantitative and qualitative approach, developed from a wide-ranging literature review and field research using semi-structured interviews. The results show that a large part of the mental health facilities surveyed are based on multi-professional work, without the exercise of interprofessionality, as they remain centered on individual actions, without exchanges and integrated actions between professionals. This conjuncture points to a complex and challenging scenario for the materialization of work, considering the absence of an organized, effective and resolute health network, which guarantees continuous and articulated actions and services.

Palavras-chaves: Interprofissionalidade; Trabalho interprofissional; Saúde mental.

Keywords: Interprofessionality; Interprofessional work; Mental health.

* Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: karinafct@hotmail.com

** Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: edla.hoffmann@ufrn.br

Introdução

As particularidades da área da saúde reafirmam a necessária discussão sobre o trabalho interprofissional, considerando o intenso processo de especialização entre as categorias profissionais e abordagens no cuidado em saúde. Trata-se de uma área com intensos embates antagônicos, marcada por um modelo médico-assistencial focado na doença – com relações centralizadas e verticalizadas – e inserida em uma lógica neoliberal, que demarca o árduo processo da saúde como direito constitucional.

Discutir o trabalho interprofissional e sua efetivação na área da saúde requer pensar a respeito do seu processo de desenvolvimento, pois essa área é fortemente marcada pelo modo de produção capitalista, expresso na divisão do saber, na intensa subdivisão das profissões, na tecnificação, na fragmentação das relações de trabalho e na perda da dimensão coletiva do trabalho, aspectos que mercantilizam a saúde e a tornam refém dos interesses do mercado. Esse cenário é produto das intensas transformações das condições e relações de trabalho, resultantes da implementação de um amplo processo de reestruturação do capital, que institui um novo regime de acumulação como resposta à crise do capital.

Portanto, as transformações no modo de produção capitalista irão impulsionar os estudos sobre a interprofissionalidade, uma vez que a intensa especialização leva à concentração de aspectos restritos e dificulta a percepção de totalidade do indivíduo e do trabalho coletivo. Assim, a divisão social e técnica do trabalho, juntamente com a fragmentação da produção, levará também à fragmentação do conhecimento, o que evidencia a apropriação do capitalismo nos processos de trabalho, ao transformá-lo funcional às suas necessidades (Matos, 2013). Desse modo, a interprofissionalidade sozinha não é capaz de superar a fragmentação do saber, considerando o processo histórico das relações sociais da ordem burguesa, funcional à reprodução ampliada do capital e da produção de riqueza (Tonet, 2013).

Este artigo objetiva analisar como as transformações do mundo do trabalho influenciam na materialização do trabalho interprofissional na área da saúde, tendo como foco a saúde mental. Para tanto, apresenta resultados parciais da pesquisa de mestrado intitulada *O trabalho interprofissional na saúde mental: particularidade do município de Parnamirim/RN*¹, do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que analisou o trabalho desenvolvido nos serviços de saúde mental em um município² do Rio Grande do Norte.

¹ Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN/HUOL, sendo aprovada por meio do parecer consubstanciado n. 5.685.106.

² O município em questão compõe a região metropolitana de Natal/RN, com uma estimativa populacional de

A investigação teve seus fundamentos no método dialético-crítico, utilizando-se de uma abordagem de enfoque misto, contemplando uma pesquisa quanti-qualitativa (Prates, 2012). Foi desenvolvida por uma ampla revisão bibliográfica e pesquisa de campo, por meio de entrevistas semiestruturadas, seguindo um formulário contendo questões abertas e fechadas, pautado em conteúdos favoráveis à apreensão do objeto.

O estudo contemplou uma amostra do tipo não probabilística intencional, composta por 18 (dezoito) profissionais de categorias distintas³ (sendo três de cada serviço), que integram as equipes dos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município em questão, em todos os níveis de complexidade, sendo eles: CAPS AD III, CAPS II, CAPS infanto-juvenil, Consultório na Rua, Unidade de Pronto Atendimento e Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental. A aproximação com os(as) participantes da pesquisa se deu através de contato prévio, primeiro com a direção de cada serviço, de modo a identificar os(as) profissionais de acordo com os critérios de inclusão e exclusão⁴. As entrevistas foram agendadas com os(as) participantes e realizadas de acordo com a disponibilidade deles(as), em seus locais de trabalho, em observância a um espaço que garantisse o sigilo e a privacidade e que proporcionasse maior interação entre a entrevistadora e os(as) entrevistados(as).

Os dados derivados das entrevistas foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, seguindo o processo organizativo que sugere as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, conforme Bardin (2004). As falas foram categorizadas a partir da análise temática e frequencial.

Diante do exposto, este artigo está estruturado em quatro seções, sendo a primeira esta introdução; a segunda seção traz o debate sobre a categoria trabalho, com ênfase na divisão social e técnica do trabalho e suas incidências nos processos de trabalho na saúde; a terceira seção problematiza as particularidades da interprofissionalidade e os elementos importantes para a sua compreensão; a quarta trata das expressões do trabalho interprofissional na área da

252.176 habitantes, sendo assim a 3ª cidade mais populosa do estado do Rio Grande do Norte, de acordo com o último censo do IBGE (2022).

³ Dentre os quais: 01 gestora, 04 assistentes sociais, 02 educadoras físicas, 02 enfermeiros(as), 03 psicólogas, 02 pedagogas, 01 médica psiquiatra, 01 médico generalista e 01 terapeuta ocupacional.

⁴ Foram utilizados como critérios de inclusão profissionais de nível superior, de categorias distintas, com no mínimo seis meses de trabalho no dispositivo da RAPS ou que sejam bem integrados à equipe. Nos casos em que mais de três profissionais se enquadravam nesses critérios, foram escolhidos(as) das categorias que não tinham sido contempladas, com maior tempo de experiência no dispositivo e maior tempo de formação profissional. Os critérios de exclusão englobam profissionais que não estavam em efetivo exercício de sua profissão (afastamento, licença ou atestado médico) e/ou profissionais inseridos(as) em outras linhas de cuidado não relacionadas a de saúde mental.

saúde, especificamente na área de saúde mental; por último, as considerações finais compõem o fechamento e as proposições do presente estudo.

A divisão social e técnica do trabalho na perspectiva marxiana e suas incidências na área da saúde

Na perspectiva do referencial teórico-crítico, o trabalho apresenta uma dupla dimensão: como agente transformador da realidade humana e como responsável pela valorização do capital, o qual vem, ao longo do tempo, intensificando suas formas de extração de mais-valia para assegurar a sua reprodução e hegemonia mediante a sua capacidade de alienar, subordinar e escravizar o ser humano.

Parte-se do pressuposto de que o trabalho é elemento fundante do ser social, porque é através dele que o ser humano produz meios de subsistência para satisfazer suas necessidades. Marx (2011) afirma que o trabalhador nada pode criar sem a natureza, uma vez que é nela que o trabalho se realiza. A partir do movimento de modificar a natureza e satisfazer as suas necessidades materiais, o ser humano também modifica a si mesmo, posto que ambos sofrem alterações.

Por esse motivo, o processo de trabalho é, “em primeiro lugar, a atividade orientada a um fim, ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar, seu objeto e, em terceiro, seus meios” (Marx, 2011, p. 189). Em outras palavras, o processo de trabalho é o modo como se realiza determinada atividade para se chegar a uma determinada finalidade, que visa atender as necessidades e expectativas humanas. Nesse caso, desenvolve-se uma das características próprias do trabalho humano: a capacidade teleológica⁵, através da qual o trabalhador consegue projetar, consciente e racionalmente, o resultado a ser alcançado pelo seu trabalho (Marx, 2011).

Nessa perspectiva, ao pensar as condições e relações de trabalho e as profundas transformações e reestruturações que elas vêm sofrendo ao longo dos tempos, observa-se que as influências desse processo, além de estarem presentes nos aspectos de vida social, política e intelectual do ser humano (Marx, 2008), também afetam de forma significativa a sua relação com os meios e os instrumentos de produção e, principalmente, com o produto do seu trabalho. Esses aspectos são profundamente acentuados pela acumulação capitalista, que rouba a

⁵ A capacidade teleológica do ser social diz respeito à sua capacidade de projetar o propósito das suas ações e, por meio delas, modificar a si próprio e a natureza. Marx (2011) explica que o trabalho consiste na interação entre o ser humano e a natureza, na qual o homem, através de suas ações, interage, regula e controla seu metabolismo com a natureza, o que só é possível porque o homem, ao contrário dos animais irracionais, projeta e idealiza as suas ações, tornando-se, assim, o único ser capaz de executar trabalho (Tetéo, 2015).

capacidade teleológica do ser humano, deixando-o alheio ao resultado do seu trabalho (Tetéo, 2015). Assim, em um determinado momento, as forças produtivas materiais e as relações de produção existentes se contradizem e desse conflito surgem entraves que dão espaço para mudanças nas bases estruturais da sociedade. As transformações pelas quais passam as forças produtivas afetam as relações de produção, ou o contrário, precisamente por ambas estarem interligadas, de modo que a primeira refere-se às relações do ser humano com a natureza, enquanto a segunda expressa a relação do ser humano com o processo produtivo (Tetéo, 2015).

Nesse contexto, na análise marxiana será a produção manufatureira a responsável por introduzir a divisão do trabalho no processo de produção e trazer para esse cenário a ideia de cooperação e da figura do trabalhador parcial e do trabalho coletivo. Esse último, por agregar a soma de vários trabalhadores parciais, representa o aumento da força produtiva e a redução do tempo de produção, já que produz mais em menos tempo. Apesar disso, esse processo torna-se fragilizado, na medida em que o fracionamento do processo produtivo provoca o isolamento das fases da produção e dificulta a aplicação de meios coletivos de trabalho (Marx, 2011).

Batista (2014) acrescenta que, ao agregar a soma de trabalhos parciais, o trabalho coletivo passa a ser a soma de habilidades, destreza e força, por isso o todo somente pode ser compreendido por aqueles que conseguem pensar o processo. Contudo, essa compreensão não atinge a dimensão ontológica, pois desconsidera os aspectos que constituem cada parte em si, visto que, mesmo que tenha a visão da totalidade, o trabalhador está reduzido à sua especialidade. Sendo assim, o autor afirma que “a totalidade não é compreendida enquanto unidade que se constrói na diferença” (Batista, 2014, p. 222).

Marx (2011) explica que um produto para chegar ao seu estado final percorre diferentes processos parciais que ocorrem separadamente. Porém, se o processo produtivo for analisado em sua totalidade, é possível identificar que o produto se encontra em todas as fases de produção, ao mesmo tempo. Essa simultaneidade ocorre devido à “forma cooperativa geral do processo total” (Marx, 2011, p. 289), uma vez que as partes do processo são desenvolvidas por um trabalhador ou grupo de trabalhadores que realizam etapas de trabalhos diferentes, porém complementares e articuladas.

Por essa razão, assevera-se que, assim como nos modos de produção que lhe são posteriores, a divisão manufatureira apresentada por Marx (2011) também estabeleceu uma relação capital/trabalho que pressupõe condições desiguais nas relações de poder e na correlação de forças existentes. Todavia, conforme as análises de Batista (2014), esse era apenas o início dessas problemáticas, tendo em vista que as fases da maquinaria e da indústria moderna, sucessoras da manufatura, intensificaram ainda mais o cenário de exploração e alienação dos

trabalhadores ao incorporarem alguns aspectos organizacionais e técnicos do modelo manufatureiro (Batista, 2014). Essa nova fase do modo de produção capitalista – Revolução Industrial – traz inovações para as relações de produção, porém, na perspectiva do autor, irá superar a manufatura, mas não a eliminará em sua totalidade, principalmente pela manutenção dos processos de trabalhos parciais, a exemplo dos modelos de produção taylorista⁶ e fordista⁷ que se espalharam pelo mundo e influenciaram significativamente as áreas de produção.

A crise de acumulação do padrão taylorismo-fordismo, provocada pela redução das taxas de lucro, foi um dos fatores que contribuíram para a intensa crise econômica do capital durante as décadas de 1960 e 1970, a qual, diferentemente do caráter cíclico⁸ das crises vivenciadas no passado (período de 1929 a 1933), torna-se fundamentalmente estrutural, com caráter universal, de alcance global e com escala de tempo extensa e contínua, expressando o encontro do capital com seus próprios limites e contradições (Mészáros, 2011).

As manifestações dessa crise se apresentam na implementação de um amplo processo de reestruturação do capital que afetam fortemente o mundo do trabalho, tendo em vista que a sobrevivência do capitalismo passou a exigir a instauração de um novo regime de acumulação e novas formas de controle da classe trabalhadora. Assim, a produção baseada nos padrões taylorista-fordista é substituída por uma produção flexível (acumulação flexível) em que os modos de trabalho e de vida são pautados na flexibilização, fragmentação e precarização do trabalho (Antunes, 2018).

Esse processo de reestruturação produtiva incorpora as tecnologias resultantes dos avanços técnico-científicos, bem como o aumento das forças produtivas e a redução da demanda de trabalho vivo. Há fortemente nesse cenário a substituição da força de trabalho humana por máquinas, o que vai consolidar a automação e intensificar as contradições do mundo do trabalho. Destacam-se nesse momento modelos de produção alternativos aos anteriores, cujo exemplo mais significativo se expressa no toyotismo⁹.

O capitalismo redefine sua configuração e abre espaço para novas modalidades de trabalho, porém com velhos padrões de existência, pois suas relações sociais permanecem assentadas sobre o trabalho assalariado, com compra e venda da força de trabalho a ser

⁶ Caracteriza-se como um processo de produção em série, padronizada, com vistas à alta produtividade e para o favorecimento dos processos de acumulação, através da fragmentação e da hierarquização do trabalho.

⁷ “Esse modelo trouxe grandes impactos para a produção em massa da indústria automobilística, ao apresentar, dentre os seus princípios, a padronização da produção em larga escala, que exigia a aceleração da produção e, consequentemente, acarretava a aceleração do ritmo de trabalho do operário” (Tetéo, 2015, p. 55).

⁸ Considerava-se crise cíclica, pois “alternava fases de desenvolvimento produtivo com momentos de ‘tempestade’” (Mészáros, 2011, p. 18).

⁹ O toyotismo baseia-se em uma produção direcionada a partir da demanda e, assim, os produtos passam a ser produzidos em menor escala, maior variedade e em menor tempo (princípio do *just-in-time*) (Antunes, 2018).

realizada, conforme suas necessidades (Druck, 2011). Da mesma forma, mantém o trabalho sobre os níveis da informalidade e de aspectos precários e flexibilizados, que apenas assumem novas dimensões e se acentuam após a crise de 2008, momento em que o capital atinge a fase da financeirização e da mundialização em escala global (Antunes, 2018).

Esse período pós-crise de 2008 é marcado também pela presença de novas formas de trabalho que trazem para o cenário internacional as expressões de uma nova reestruturação produtiva (ou reestruturação produtiva pós-crise) e será protagonizado pelo novo proletariado da era digital, o qual encontra nas novas tecnologias de informação e comunicação (TICS) a centralidade para sua materialização que, no que lhe concerne, irá compor o conjunto de características responsáveis por impulsionar as transformações das novas formas de acumulação flexível capitalista, junto ao aumento significativo da imigração, da uberização do trabalho e da Indústria 4.0¹⁰ (Tonelo, 2020). Essa última, também denominada de Quarta Revolução Industrial ou “era da comunicabilidade e da interconectividade” (Tonelo, 2020), estabelece uma hegemonia informacional-digital no mundo produtivo e promove a ampliação do trabalho morto e a consequente redução do trabalho vivo, com processos produtivos ainda mais automatizados e robotizados, de modo que a logística de produção seja controlada digitalmente por máquinas e robôs (Antunes, 2018).

Não há como recusar que o nível de dependência das novas tecnologias chegou a patamares sem precedentes, nunca vistos na história da humanidade, de forma que na área da saúde não seria diferente. É perceptível a expansão técnico-científico-digital do capital com a ampliação e a intensificação do trabalho morto nos espaços de saúde, por meio de equipamentos, sistemas organizacionais e de informações; produção de insumos, medicamentos e vacinas; realização de exames e diagnósticos; procedimentos técnicos, tratamento, laboratórios, ensino e pesquisa, como também na reorganização do trabalho coletivo, gestão e oferta de serviços de saúde. Em suma, os avanços tecnológicos podem ser observados em todas as dimensões da área, particularmente no âmbito da saúde mental. Essa expansão ocorre por meio do uso exacerbado de medicação, tecnificação do cuidado, relações verticalizadas, supremacia do saber “psiquiátrico”, bem como fortalecimento da lógica manicomial e das práticas isoladas, fatores que vão repercutir na fragilização do cuidado com liberdade e acolhimento e na reciprocidade e trocas de experiências, dados que podem ser vistos na seção três.

¹⁰ “Proposta que nasceu na Alemanha, em 2011, concebida para gerar um novo e profundo salto tecnológico no mundo produtivo (em sentido amplo), estruturado a partir das novas tecnologias da informação e comunicação (TIC), que se desenvolvem de modo cérebro” (Antunes, 2020, p. 13).

Além disso, cabe ressaltar que o modo de produção da sociedade capitalista é construído com base em uma divisão social e técnica do trabalho que fragmenta as relações, impulsiona o processo de alienação do(a) trabalhador(a) e, assim, contribui para que ele(a) não se perceba como parte do trabalho coletivo. As consequências desse processo na área da saúde se expressam na intensa presença das especialidades que, ao serem legitimadas pela sociedade no processo de compartimentalização do conhecimento, refletem na dificuldade de integração dos(as) profissionais nas ações e atividades coletivas realizadas em seus espaços sócio-ocupacionais (Costa, 2019). Com isso,

O usuário – e suas necessidades – assume papel de mero objeto de intervenção, e o trabalho em equipe passa a não ter sentido numa lógica em que cada profissional faz o que lhe compete, sem a preocupação de (re)significar as relações estabelecidas na produção dos serviços de saúde. A colaboração, o agir comunicativo, a interação, passam a não fazer parte da dinâmica do processo de trabalho em saúde, com forte agravante para todo o Sistema de Saúde (Costa; Borges, 2015, p. 754).

Essa fragmentação do trabalho entre os(as) profissionais é definida pela literatura como silos profissionais ou tribalismo das profissões, os quais se caracterizam pelos processos de formação das profissões ao se concretizarem de forma isolada (Costa, 2019). Expressam também uma “forte tendência de formar profissionais de saúde em suas habilidades e competências específicas” (Costa; Borges, 2015, p. 754), que caracterizam suas identidades profissionais e, ao longo do processo formativo, apontam disparidades na relevância social das profissões, bem como a elitização entre os(as) profissionais médicos(as) e a hierarquização das relações profissionais com as demais categorias.

Tais aspectos implicam modificações nas formas de organização do trabalho e na sua própria natureza e promovem reordenamento estrutural no modo de produzir saúde (Souza, 2009). No Brasil, a discussão sobre as mudanças nas práticas sociais e no modo de gerir saúde ganha intensidade com o Movimento da Reforma Sanitária, que reconhece o referencial da determinação social da saúde¹¹, enfatiza a necessidade do caráter multiprofissional das ações e, consequentemente, favorece a abertura para a intervenção de outros profissionais (Peduzzi, 1998).

Não se esgotam aqui as possibilidades de discussão sobre esses novos modos de gerir o trabalho e não restam dúvidas de que essas transformações irão incidir diretamente nas

¹¹ “Entende-se que os fatores econômicos como a renda, emprego e organização da produção interferem na saúde de grupos populacionais. [...] Nesse sentido, a determinação social da saúde é um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais. Propicia explicitar a relação entre o biológico e o social [...]” (Wiese, 2020, p. 149).

relações e condições de trabalho em todas as esferas da sociedade. No entanto, interessa para essa discussão apreender as influências desse processo na área da saúde, assim como na gestão e oferta dos serviços, tendo em vista ser um fator primordial para compreender a fragmentação do saber e os esforços para romper com essa lógica através do trabalho interprofissional diante dessa nova dinâmica produtivista.

A interprofissionalidade e sua interface com a fragmentação dos saber

O debate acerca do trabalho interprofissional no Brasil ainda é marcado por muitas confusões e limitações. Observa-se na literatura uma discussão importante sobre o trabalho em equipe, mas o debate sobre o trabalho interprofissional traz novos elementos para essa discussão ao apresentá-la como resposta para visão/ação compartimentada, fragmentária e individual presente na assistência à saúde e, ainda, como forma de diminuir “a alienação do trabalhador” (Furtado, 2009, p. 2), considerando a divisão social do trabalho proposta nos modos de produção capitalista.

Nesse sentido, o termo interprofissionalidade ganha espaço junto às discussões sobre trabalho em saúde, tendo em vista a necessidade de repensar a organização dos processos de trabalho e a formação em saúde, como modo de superar os desafios que se apresentam na realidade dos serviços. Seu conceito e história, ainda pouco explorados na literatura brasileira, se apresentam em meio a confusões e relações equivocadas aos termos “multiprofissionalidade”, “multidisciplinaridade” e “interdisciplinaridade”, atribuídos muitas vezes como sinônimos (Cecim, 2018).

Para este estudo, cabe apreender a diferenciação entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade, com a compreensão de que essa discussão não se limita a diferenciações semânticas, mas se faz necessária para que seja possível identificar suas expressões na realidade concreta da área da saúde. Parte-se do ponto inicial que define as palavras pela utilização dos termos “disciplinar” e “profissional”. Na perspectiva de Cecim (2018, p. 1740),

Se disciplina é recorte ou domínio de informação técnica ou científica, profissão é recorte de ofício, de poder de exercício formal de uma ocupação. Disciplina é domínio de conhecimento, profissão é habilitação de exercício ocupacional, [...] onde se faz tão necessária a reversão em potências de integração, interseção e desfragmentação, uma vez que se almeja trabalhar em equipe, ainda que por uma obrigatoriedade.

Ellery (2018) também corrobora a discussão ao analisar aspectos que diferenciam os termos interprofissionalidade e interdisciplinaridade e afirma:

Enquanto a interdisciplinaridade busca ser uma resposta ao conhecimento fragmentado de numerosas disciplinas, que resultou em uma divisão artificial do conhecimento, a interprofissionalidade visa reduzir a fragmentação das

práticas profissionais, objetivando, no campo da saúde, ao alcance de melhores resultados dos cuidados aos usuários/pacientes (Ellery, 2018, p. 146).

É certo que o conceito de interdisciplinaridade vem sendo histórica e socialmente apresentado a partir de diversas concepções, posto que seu sentido polissêmico/dicotômico compõe umas das grandes discussões no campo dessa temática. Ivani Fazenda, uma das pioneiras no estudo do tema, afirma que “é impossível a construção de uma única, absoluta e geral teoria da interdisciplinaridade” (Fazenda, 1994, p. 13). No entanto, observa-se que é comum encontrar na literatura a interdisciplinaridade e as demais modalidades do trabalho coletivo (transdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade) sendo apresentadas como formas de superação da fragmentação do saber e da intensa especialização na área profissional, que levam a aspectos isolados e ofuscam a percepção de totalidade de uma determinada realidade, objeto ou indivíduo. Por essa razão, a escolha pela interdisciplinaridade parece um pouco óbvia, uma vez que, entre a fragmentação e a unificação do objeto, enxergá-lo através de suas diversas dimensões possibilita um conhecimento mais amplo sobre os aspectos que o constituem.

Em última análise, Ivo Tonet aponta críticas a respeito da interdisciplinaridade como sendo “uma solução equivocada para um problema mal equacionado” (Tonet, 2013, p. 726). A crítica do autor não é para a interdisciplinaridade em si, mas para o contexto social que produz a necessidade dessa prática, uma vez que,

Para entender como se chegou até esta situação faz-se necessário apreender a trajetória do ser social a partir dos seus fundamentos originais, tanto em termos históricos como em termos ontológicos. Em termos históricos, porque a própria modernidade já é o resultado de uma longa trajetória. E em termos ontológicos, porque é preciso buscar, na natureza do ser social, os fundamentos que deram origem ao processo de fragmentação (Tonet, 2013, p. 730).

Dessa forma, sendo o trabalho considerado pelo marxismo como o ato fundante do ser social, é a partir da análise da relação entre ambos que se pode “compreender que o ser social é uma totalidade, isto é, um conjunto de partes articuladas, em constante processo” (Tonet, 2013, p. 730). Trata-se de entender, através do trabalho, como ocorreu ao longo da história o processo que levou à complexificação do ser social, sua fragmentação e especialização, tanto na realidade material como no campo de conhecimento (Tonet, 2013).

Análise semelhante é realizada por Guerra (2023), ao afirmar que “a interdisciplinaridade se apoia em uma premissa equivocada”, por acreditar que é possível a integração entre saberes e práticas, em uma sociedade que se alimenta da “fragmentação, divisão, hierarquização, autonomização, abstração e formalismo das especializações e do

conhecimento, como determinação necessária à manutenção do *status quo*” (Guerra, 2023, p. 171). Desse modo, a relação entre a divisão social do trabalho no capitalismo e a divisão social das Ciências Sociais torna-se ainda mais evidente e contribuiu para desmistificar a ideia de que as especializações podem ser superadas através do esforço individual de cada profissional, sem a compreensão de que a divisão social do trabalho encontra seu modo de ser no capitalismo (Guerra, 2023). Por esse motivo, pouco adianta a interdisciplinaridade tentar agregar os conhecimentos e ações fragmentados com a divisão do trabalho, sem antes superar as contradições entre “os que pensam e os que executam” (Guerra, 2023, p. 173).

Em resumo, considera-se que a interdisciplinaridade sozinha não é capaz de superar a fragmentação do saber, se levar em consideração o processo histórico das relações sociais baseadas em princípios capitalistas que envolvem a sua formação, tornando funcional a reprodução do processo capitalista de produção de riqueza (Tonet, 2013). Portanto, transpor a interdisciplinaridade e concretizá-la no cotidiano dos serviços de saúde, através do trabalho interprofissional, requer o enfrentamento das forças antagônicas presentes nesses espaços, as quais se configuram por uma lógica profissional que expressa a delimitação do território de cada profissão e o grau de “dominação” de uma categoria sobre a outra.

A proposta da interprofissionalidade ocorre de forma a proporcionar o desenvolvimento de práticas integradas, compartilhadas e de colaboração entre os(as) profissionais de saúde que trabalham juntos(as), a fim de superar a fragmentação das práticas em saúde e dar respostas mais resolutivas as necessidades de saúde dos(as) usuários(as) (Ellery, 2018). Em razão disso, a discussão sobre o trabalho interprofissional torna-se fundamental na elaboração de novas formas de produção do cuidado em saúde, dada a necessidade de superação do modelo assistencial de saúde centralizado na doença e na hegemonia do modelo tradicional de prática e formação dos(as) profissionais de saúde, ainda realizada de maneira compartimentada e tecnicizada.

Nas discussões realizadas por Cecim (2017), a concepção de interprofissionalidade aparece associada a tudo aquilo que pode ser desenvolvido como “núcleo comum”, tudo que pertence ao campo e tudo aquilo que se realiza mediante apoio. Nesse contexto, o “núcleo comum” é responsável pela junção de várias categorias profissionais em grupos de compartilhamento voltados para as práticas colaborativas¹², que se desenvolvem em situações

¹² Como práticas colaborativas na atenção à saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende que elas ocorrem quando “profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde” (OMS, 2010, p. 13), o que inclui envolvimento não apenas dos sujeitos, mas também suas famílias e comunidades, para que assim a atenção à saúde possa alcançar todos(as) da rede de serviços (OMS, 2010).

específicas e lugares concretos, a partir de processos de construção, trocas, apoio e compromisso, em busca de maior resolutividade (Cecim, 2017).

A essa discussão, acrescentam-se as noções de campo e núcleo de conhecimentos e práticas, elaboradas por Campos (1998), ao discutir a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas, através da formação de núcleos e de campos como dimensões para efetivação do trabalho colaborativo. Por núcleo, o autor denomina “o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos à cada profissão ou especialidade” (Campos, 1998, p. 248) e que demarcam as suas diferenças, a sua identidade e seu trabalho. Enquanto o campo refere-se aos “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades” (Campos, 1998, p. 248), ou ainda, às demandas que extrapolam as atribuições específicas e exigem o apoio de outras profissões para concretizar a sua teoria e prática.

De modo geral, a discussão sobre campo e núcleo ressalta a importância da integração entre disciplinas e profissões (saberes e práticas) e, conseqüentemente, contribui para a efetivação da integralidade do cuidado, pois amplia o olhar sobre o sujeito e seu contexto de vida, por meio do estímulo ao trabalho coletivo, multiprofissional ou interprofissional. Com isso, evidencia-se a importância do trabalho interprofissional nos serviços de saúde, como condição necessária para a efetivação da integralidade, uma vez que, através dela, é possível apreender as necessidades de saúde dos(as) usuários(as) de forma mais ampla (Furtado, 2009).

A interprofissionalidade como elemento estruturante do cuidado em saúde: análise de uma experiência na saúde mental

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, a assistência em saúde mental passa a exigir um debate sobre a interprofissionalidade, tendo em vista a necessidade de romper com os aspectos asilares instituídos pelos hospitais psiquiátricos. Desse modo, as intervenções que antes possuíam um viés predominantemente psiquiátrico começam a ser substituídas por ações que contribuem com a construção da autonomia dos(as) usuários(as) diante das suas condições de saúde. Nessa perspectiva, a discussão sobre o trabalho em equipes multidisciplinares e interprofissionais na saúde mental representa um significativo avanço para superação da lógica manicomial e suas práticas isoladas.

Vasconcelos (2010, p. 42) destaca que, com a Reforma Psiquiátrica, “o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, a ampliar o foco de abordagem e a romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área”, em busca de uma reposição de conhecimentos sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, o qual não seja, portanto, apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos antigos saberes parcializados.

Nesse sentido, o autor aponta a necessidade da formação e fortalecimento de equipes interprofissionais, nas quais profissionais de diferentes áreas devem atuar com vistas ao fortalecimento da reciprocidade, ou seja, a troca de experiência profissional a favor do tratamento de usuários(as), favorecendo também o enriquecimento mútuo das equipes de trabalho (Vasconcelos, 2010).

Como elemento novo no debate atual em Saúde Mental, a proposta da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade não visa intervir na totalidade da vida social, mas como ação potencializadora da autonomia profissional quando possibilita ações com outros(as) profissionais a partir da quebra de paradigmas, como a centralidade do saber médico e a segregação de saberes, da qualidade de serviços e do reconhecimento dos direitos da pessoa com adoecimento e sofrimento psicossocial, o que leva à potencialização de sua cidadania (Vasconcelos, 2010).

No entanto, a consolidação desses modelos de trabalho esbarra em uma conjuntura permeada por dificuldades que ultrapassam a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), uma vez que abrangem a efetivação das políticas sociais, a regressão dos direitos sociais, a retenção de gastos com políticas públicas e o estreitamento da sua relação com o mercado. Tais fatores revelam o conjunto de medidas neoliberais que se baseiam no trinômio da “austeridade, privatização e desregulamentação” e se acentuam através das estratégias utilizadas pelo capital para enfrentar sua crise econômica, atingindo diretamente a oferta de ações e serviços de saúde mental (Rosa; Guimarães, 2019).

Desse modo, a materialização e a efetivação Reforma Psiquiátrica e de suas reivindicações se defrontam com os limites oriundos das estratégias e respostas do capital para enfrentamento da crise estrutural em curso desde a década de 1970, dentre os quais: a reestruturação produtiva, a mundialização e financeirização do capital, o neoconservadorismo e as contrarreformas do Estado, cujo objetivo é a reprodução do capital (Soares, 2013). Essas estratégias tendem a precarizar as políticas sociais e restringir a oferta de serviços e assistência à população e, dessa forma, representam um conjunto de tensionamentos que recaem sobre a concretização das conquistas da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, tendo em vista os retrocessos que insistem numa lógica manicomial e retomada do modelo de segregação e de desassistência dos indivíduos em adoecimento psíquico (Costa *et al.*, 2020).

Os impactos dessa conjuntura na realidade da RAPS do município analisado¹³ se manifestam na precarização estrutural e funcional dos equipamentos de saúde mental, com

¹³ O desenho da RAPS do município estudado segue o modelo de diretrizes preconizadas na Portaria n. 3.088/11, sendo composta pelos seguintes serviços: 29 Unidades Básicas de Saúde, 01 Equipe Consultório na Rua, 03

implicações significativas nas relações de trabalho e na qualidade das ações e serviços ofertados, os quais acabam sendo conduzidos sem a devida atenção às necessidades de saúde da população e do trabalho profissional. Isso ocorre porque os dispositivos da RAPS nem sempre obtêm contrapartidas municipais necessárias para a sua implementação e amplo desenvolvimento, dado que questões fundamentais não são asseguradas (Concentino; Tetéo; Freire, 2024).

Tal cenário evidencia a ausência de uma rede de saúde organizada, efetiva e resolutiva, que assegure ações e serviços contínuos e articulados e, da mesma forma, garanta a integralidade da atenção à saúde e favoreça o compartilhamento de competências e responsabilidades no cuidado em saúde mental. Essa realidade chama a atenção para a intensificação do processo de sucateamento e desmonte dos equipamentos da rede, que agregam, dentre outras limitações, a escassez de profissionais, a falta de recursos materiais, a ausência de capacitações para os(as) profissionais, além da existência de estruturas físicas que violam as normativas legais¹⁴ e externam os desafios que fazem parte da atual conjuntura do município (Concentino; Tetéo; Freire, 2024).

Dadas essas considerações, torna-se relevante compreender que a materialização da interprofissionalidade nos serviços de saúde mental do município, frente às múltiplas representações dos(as) profissionais em relação às situações do cotidiano, aparece de forma associada às práticas colaborativas e ao trabalho em equipe, sendo caracterizada por momentos de: acolhimento dos(as) usuários(as), reuniões de equipe, discussões/estudos de caso, realização de oficinas e resoluções de demandas. No entanto, com frequência, também aparece associada a algo que ocorre de forma mais pontual, que depende da demanda e, por isso, não possui um planejamento prévio, ou ainda como algo que depende da equipe que está “trabalhando no dia”, pois alguns(as) profissionais não apresentam predisposição para o trabalho coletivo.

Torna-se relevante pontuar que o conhecimento em torno das expressões teóricas que envolvem o termo interprofissionalidade pode contribuir para que as suas formas de manifestações sejam identificadas no cotidiano dos serviços de saúde. Contudo, os resultados do estudo revelaram que as falas dos(as) profissionais entrevistados(as) retratam uma compreensão confusa e equivocada sobre interprofissionalidade que, uma vez ou outra, se confunde com interdisciplinaridade ou multiprofissionalidade. Chama a atenção o fato de esses termos serem ocasionalmente vinculados à interação de vários conhecimentos, ligados a um

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD III, CAPS II, CAPSi), 02 Unidades de Pronto Atendimento - UPA e 01 Hospital Geral Estadual.

¹⁴ Ver Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.

objetivo em comum. Nota-se que a concepção de interdisciplinaridade, por vezes, é confundida com o que caracteriza a interprofissionalidade, na medida em que é associada ao trabalho em si, com menções ao “trabalho em conjunto”, “trabalho junto em equipe”, “prática que é conjunta”, “ações e intervenções”. Por sua vez, a fragilidade da compreensão do termo interprofissionalidade também é expressa quando ele é utilizado como sinônimo de multiprofissionalidade, ou seja, uma ação que envolve profissionais de categorias distintas, com ações isoladas, mas com o mesmo objetivo.

Esse distanciamento do conceito e dos fundamentos do trabalho interprofissional é reforçado pela compreensão de alguns profissionais acerca do desenvolvimento desse modo de trabalhar a partir do exercício de atividades isoladas, diante do que compete a cada profissional, e não especificamente no desenvolver de um trabalho integrativo e colaborativo. Alguns profissionais, mesmo sendo a minoria, apresentam definições que se aproximam mais do que é o trabalho interprofissional, ao abordarem a necessidade do trabalho pautado em ações conjuntas, colaborativas e com a interação entre os conhecimentos, como apresentado na seguinte fala:

Eu acho que o trabalho interprofissional é a gente entender que aquele usuário tem múltiplas necessidades. É se juntar enquanto equipe para pensar a terapêutica daquele paciente, para pensar a saúde, os cuidados em saúde daquele paciente. É um trabalho que é conjunto. É eu entender que eu tenho uma equipe que pode pensar junto comigo o que é melhor para aquele paciente (Profissional 12).

427

Mesmo que a proposta dos serviços substitutivos seja de ampliar as possibilidades do modelo de atenção à saúde mental, essa diversidade na forma de trabalhar, principalmente para os(as) profissionais que preferem exercer suas atividades de forma isolada, pode representar riscos para os princípios da Reforma Psiquiátrica, uma vez que resgata características assistenciais do modelo manicomial, dentre as quais está a retomada do modelo biomédico, sem atenção aos aspectos biopsicossociais.

Costa-Rosa (2013), ao analisar a inserção da interprofissionalidade no campo psicossocial, aborda dois elementos importantes para essa discussão: a divisão do trabalho na saúde mental e sua relação com a divisão do trabalho na ciência, que, por sua vez, é fruto da divisão social e técnica do trabalho do modo de produção capitalista. A partir disso, o autor agrupa a variabilidade da divisão do trabalho em dois grupos, os quais ele denomina de “modo taylorista” e “integração em profundidade” (Costa-Rosa, 2013).

O primeiro grupo caracteriza-se pela predominância da psiquiatria, visto que o projeto terapêutico é decidido pelo(a) psiquiatra, enquanto os(as) demais profissionais são

colocados(as) como “auxiliares”. Sua semelhança com o modo de produção taylorista, cujas relações verticalizadas estimulam a hierarquia de poder, contribuiu para que o autor denominasse esse primeiro grupo de “modo taylorista” (Costa-Rosa, 2013). No segundo grupo, ao contrário do primeiro, a integração entre as categorias profissionais é mais evidente e os(as) profissionais são distribuídos(as) de acordo com a necessidade de cada caso. A ação coletiva está presente nas decisões desde o planejamento até execução. Esse modelo se assemelha mais aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica que o primeiro grupo, pois amplia o olhar sobre o indivíduo a partir dos aspectos psíquicos, sociais e culturais presentes em sua realidade, por isso, Costa-Rosa (2013) o denomina de “integração em profundidade”.

Mediante esse aspecto, observa-se que em alguns dos serviços a integração com o psiquiatra ainda é um desafio para a assistência integral à saúde mental. É certo que o lugar histórico que a psiquiatria ocupa na atenção à saúde mental, somado às exigências de um novo perfil profissional após a Reforma Psiquiátrica, realça críticas direcionadas às práticas dessa profissão, porém isso não exclui a necessidade de mudanças que são necessárias nos demais núcleos profissionais (Costa-Rosa, 2013), visto que nos serviços de saúde a categoria médica, ao longo dos anos, vem sendo dissociada das demais da equipe, cuja denominação aponta para “equipe médica” e “equipe multiprofissional ou técnica”, como duas equipes distintas. No entanto, não seria o(a) médico(a) também parte da equipe multiprofissional? Ao que parece, nos serviços de saúde mental, essa distinção é notória, pois, no cotidiano, essa diferença não está apenas na nomenclatura, mas também se apresenta nos espaços de trabalho. Esse fato é justificado nas narrativas dos(as) profissionais que trazem relatos de poucas ou nenhuma interação entre as duas equipes – *“Sempre foi um tabu, ainda é um tabu na sociedade integrar o médico à equipe” (Profissional 11)*.

O desafio de integrar a categoria médica aos(às) demais profissionais, por vezes, aparece associado à organização dos processos de trabalho, seja através da forma como é realizada a distribuição de horários desses(as) profissionais, sem tempo para planejamento e atividades coletivas, seja pela falta de abertura para o trabalho em equipe e/ou pela alta demanda para psiquiatria, aspectos que acabam reduzindo o trabalho médico à prática clínica das consultas, como expressa a seguinte fala:

Bom, eu acho que tem duas situações aí: primeiro, que geralmente os profissionais, eles têm um horário muito restrito. Segundo, eu percebo que essa abertura vai muito realmente do profissional. A gente já trabalhou com psiquiatra que tinha essa abertura, que eu achava fundamental, mas não eram todos os profissionais que estavam disponíveis pra isso, às vezes por questão de tempo, até porque a demanda da psiquiatria é muito expressiva. (Profissional 2).

A característica que envolve a falta de abertura ou disponibilidade para o trabalho interprofissional não aparece como específica da categoria médica, dado que outros(as) profissionais também acabam por não desenvolver atividades em equipes, alegam falta de tempo ou simplesmente não se identificam com essa proposta de trabalho. A resistência de alguns(as) profissionais em trabalhar de forma integrada a outros no exercício da interprofissionalidade tende a configurar nos serviços de saúde mental um trabalho fragmentado que dificulta a relação e o diálogo entre os(as) profissionais(as). Nesse sentido, concorda-se com Costa (2019, p. 49), ao discutir:

Na realidade do trabalho em saúde, é possível encontrar profissionais aptos e implicados com a lógica do trabalho em equipe, da integração das práticas profissionais e da colaboração [...] Por outro lado, também é possível perceber profissionais de saúde pouco afeitos ao trabalho em equipe, que compreendem que a lógica do trabalho em saúde é exatamente essa: cada um fazer o que lhe cabe, como forma de defesa das identidades profissionais.

No esforço de buscar compreender em que situações os(as) profissionais sentem a necessidade de colaboração dos(as) outros(as) profissionais, verificam-se situações como: momentos de crise ou surto dos(as) usuários(as); casos mais complexos (que trazem risco para o indivíduo); que envolvem vulnerabilidade econômica ou outras demandas sociais; que tratam da violação de direitos; na realização das atividades em grupos; na conclusão do diagnóstico; demandas das linhas de cuidado (no caso, violência contra mulheres e crianças); ou ainda, quando ocorrem dúvidas quanto às intervenções clínicas; quando se identificam demandas para outros(as) profissionais e/ou quando são necessárias mais informações sobre a realidade do(a) usuário(a). Nesse contexto, a Psicologia e o Serviço Social recebem destaque como as profissões que conseguem ter uma maior inclinação para o desenvolvimento do trabalho interprofissional e que acabam sendo procuradas com maior frequência pelas demais profissões, o que não elimina a importância do conjunto das profissões para a realização do trabalho interprofissional.

Tais condições apresentam-se como fatores que podem fragilizar o desenvolvimento do trabalho interprofissional mediante os interesses subjetivos de cada profissional, que nem sempre coincidem com os interesses coletivos. Desse modo, ao considerar a lógica da interprofissionalidade a partir de conceitos como cooperação, práticas colaborativas e trabalho em equipe, infere-se que, apesar de ainda pouco presente nas ações dos serviços pesquisados que compõem a RAPS, o trabalho interprofissional se apresenta em construção no cotidiano desses serviços.

Esses aspectos contribuem para o fato de que grande parte dos dispositivos encontra-se pautada no trabalho multiprofissional, sem necessariamente exercer a interprofissionalidade, comprovados nas ações individuais, em que vários profissionais atendem um(a) usuário(a), porém sem trocas e ações integradas entre eles(as) e, ainda, através dos desafios para a materialização do trabalho interprofissional, que se constituem como importantes limites para manutenção dos serviços da RAPS e consolidação das propostas da Reforma Psiquiátrica.

Nas narrativas apresentadas, um dos desafios colocados para a efetivação da interprofissionalidade nos dispositivos de saúde mental do município pesquisado encontra-se na ausência de tempo para planejamento e desenvolvimento das atividades, principalmente pela dificuldade de os(as) profissionais estarem todos(as) ao mesmo tempo presentes no serviço, o que ocorre com aqueles(as) em que a distribuição da carga horária é de 20h, 30h ou 40h semanais, mas, principalmente, com aqueles(as) em que os(as) profissionais desenvolvem suas atividades em escala de plantões de 12h ou 24h (CAPS AD III e a UPA) e, assim, constituem equipes instáveis que nem sempre conseguem articular atividades coletivas, tendo em vista as inconstâncias apresentadas, como destacado na fala seguinte: *“o principal desafio é conseguir aglutinar hoje os profissionais no dia e no horário planejado para as atividades, seja ela de estudo de caso, de reunião ou de planejamento das atividades”* (Profissional 2). Consequentemente, ocorre também que, *“Dependendo da situação de cada usuário, a equipe percebe que não dá para ficar com intervenções fragmentadas e senta para conversar. Porém, fica fragmentado porque só é o grupo que está no dia. E os encaminhamentos, às vezes, não tem o reflexo de uma decisão da equipe”* (Profissional 2).

Essa configuração, além de não favorecer o trabalho interprofissional, contribui para a descontinuidade da assistência e para o rompimento dos vínculos que, por ora, devem ser construídos entre equipe-usuários(as)-instituição. Cabe destacar que uma das principais estratégias de trabalho na saúde mental é a proposta de vinculação entre serviço-profissional-usuário(a), o que não ocorre nos dispositivos que funcionam com escalas de plantões, tendo em vista a inconsistência dos dias e horários de trabalho. Com isso, os espaços de articulações, de trocas e de diálogos profissionais, para a realização de estudos de caso, construção de projetos terapêuticos e demais ações que favoreçam a ampliação do cuidado em saúde mental, acabam sendo limitados pela falta de organização dos processos de trabalho e gestão adequada do tempo.

Soma-se a esse contexto a precarização das condições de trabalho que se apresentam, dentre outras formas, através da: sobrecarga de trabalho, precarização das estruturas físicas e escassez de recursos materiais para o desenvolvimento das atividades. O primeiro, ocasionado

pelo número reduzido de profissionais, acarreta o aumento significativo das demandas reprimidas, expressas nas extensas listas de espera de pessoas aguardando atendimento em serviços com atendimentos regulados (no caso dos ambulatorios), além das demandas reprimidas dos serviços de porta aberta. Esse contexto resulta no adoecimento dos(as) profissionais e/ou em limites para execução de atividades que ultrapassem o modelo ambulatorial e individual, o que acaba limitando os atendimentos e a qualidade da assistência ofertada. Apenas um dos serviços apresentou melhoria nas condições de trabalho nos últimos tempos, no entanto, os recursos conquistados somente foram possíveis através da intervenção dos profissionais e, principalmente, do Ministério Público, como demonstra a fala da profissional: *“Então tem muitas coisas que conseguimos com esforços próprios ou de pessoas que conhecem o serviço e que ajudam. Nunca através da Prefeitura. Através da Prefeitura, só se com decisão judicial”* (Profissional 13).

Esses aspectos chamam a atenção para o fato de que a insuficiência de recursos materiais e de profissionais para realização das atividades acarreta a ausência delas. A esse respeito, um dos profissionais destaca:

Desde que nós começamos, já enviamos várias listas com relação aos materiais que são fundamentais, os básicos, e não tivemos acesso. Então, trabalhamos trazendo praticamente o que vamos precisar. Qualquer tipo de instrumento que fomos precisar para as nossas intervenções, se não tivermos em casa e não trouxermos, nos limitamos muito ao básico do básico (Profissional 12).

431

Por consequência, o cuidado com a saúde mental acaba centralizado no processo de medicalização e retoma o modelo biomédico da psiquiatria, com critérios de diagnósticos formulados apenas através dos sintomas físicos, sem compreensão dos aspectos que levam ao agravamento do adoecimento, como expõe o trecho a seguir: *“Eu vejo que as pessoas que participavam do grupo, que já estavam mais estabilizadas, às vezes aparecem aqui e surtam. Porque elas não estão tendo de fato um acompanhamento, não estão fazendo outras atividades. Só estão tomando remédio”* (Profissional 7).

Perante o exposto, a centralidade no uso de medicamentos para atender as demandas do adoecimento psicossocial acaba por se tornar agente principal nas ações, o que leva os demais profissionais a exercerem papéis secundários na execução das atividades coletivas. Esse cenário contradiz as formulações da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial ao concentrar o cuidado nos aspectos patológicos e biológicos, que tendem à medicalização da vida social, sem atenção aos fatores biopsicossociais. Logo, essas questões representam um grande retrocesso, que vai ao encontro dos interesses representados pelos empresários dos

hospitais psiquiátricos e da indústria farmacêutica, cujas intenções tendem a limitar o(a) usuário(a) ao diagnóstico e à prescrição de medicamentos (Rosa; Guimarães, 2019).

Além disso, a precarização das condições de trabalho também contribui para a alta rotatividade de trabalhadores(as) dos serviços que compõem a rede, o que ocorre por pedidos de exonerações, por adoecimento, por afastamento e/ou por remanejamento. Vale destacar que muitos desses remanejamentos são realizados pela gestão municipal como forma de suprir a necessidade de alguns dispositivos, o que acaba acontecendo em detrimento da composição da equipe dos demais serviços.

Do ponto de vista da gestão, a rotatividade de profissionais configura-se meramente como um dimensionamento dos recursos humanos e pode ser vista apenas sob a ótica burocrática e administrativa. Porém, no campo assistencial, essas ações, além de deixar equipes incompletas, fragilizam a organização dos processos de trabalho e resultam na fragilidade da constituição dos vínculos entre trabalhadores(as), usuários(as) e seus familiares, colocando em risco a continuidade do cuidado em saúde mental. Consequentemente, também fragilizam a construção de autonomia dos(as) usuários(as) diante das suas singularidades e subjetividades.

Esse cenário expressa as consequências da conjuntura neoliberal com a adoção de um projeto de saúde que compromete a qualidade e a continuidade dos serviços prestados no campo da saúde mental. Com isso, os desafios apresentados revelam uma série de elementos que limitam a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e afirmam o processo de desmonte da Política de Saúde Mental no município em questão. A ausência de uma assistência em saúde mental mais efetiva, a falta de investimentos em recursos materiais e humanos, a sobrecarga profissional diante das altas demandas e equipe reduzidas e a forma como são organizados os dispositivos existentes evidenciam um cenário complexo e desafiador para a materialização do trabalho interprofissional.

Em face dessa conjuntura, a discussão sobre educação interprofissional em saúde também é parte determinante para o processo de enfrentamento dessa realidade. Bellini e Arena (2021) argumentam que reconhecer as contradições que permeiam a atual conjuntura a partir de uma formação profissional em saúde que “privilegie o coletivo, o real, o contexto, diminui o risco de interpretações caolhas da realidade, de análises despolitizadas ou situadas em um mundo que se encerra no aparente e no imediato” (Bellini; Arena, 2021, p. 258). Contudo, a pesquisa revela a ausência de momentos de qualificação e educação permanente em saúde, somando-se ao fato de os(as) profissionais apresentarem pouca ou nenhuma experiência anterior de trabalho na área de saúde mental. A análise da insuficiência desse processo de

formação de profissionais na área de saúde mental pode ser feita com base na seguinte declaração:

Falta capacitação no município com os profissionais que estão aqui no serviço. Quem vem para cá tem uma fala quase unânime, que é: 'a gente nunca escolheu vir pra cá, escolheram por nós', porque não é o que a gente quer. Eu não sou capacitada, não fui treinada para isso, eu não tenho experiência (Profissional 3).

Observa-se que a falta de capacitação dos profissionais na área de saúde mental é um problema que vem desde a formação acadêmica. Dito isso, no que se refere ao processo de formação dos(as) profissionais entrevistados(as), foram considerados para análise dos dados aspectos como: as vivências da educação interprofissional nas experiências das graduações, pós-graduações, estágios, disciplinas, projetos e programas acadêmicos. Nessa perspectiva, apesar de reconhecerem a relevância da interprofissionalidade para o desenvolvimento do seu trabalho, apontam as falhas que tiveram no seu processo formativo, tendo em vista a ausência de atividades que estimulasse essa metodologia de trabalho e o formato ainda fragmentado e individualizado da educação superior na área da saúde. No relato de sua experiência, uma das profissionais afirma: *“A formação da gente é fragmentada. O meu processo de formação na faculdade foi fragmentado. Ninguém falou de contexto integrado, multidisciplinado. Ninguém falou!”* (Profissional 10). Essa realidade torna-se ainda mais complexa diante dos desafios postos tanto pela falta de uma educação interprofissional quanto pela ausência da educação permanente em saúde ou pelas próprias limitações dos serviços (estruturais e funcionais).

Sem dúvidas, a realidade dos dispositivos estudados não se limita aos desafios aqui apresentados, pois se compreende que muitos deles estão além do que a realidade aparente possa expressar nos achados da pesquisa. Considera-se também que a conjuntura que se inicia com a crise do capital, na década de 1970, e que se perpetua até os dias atuais, com a forte presença das ideias neoliberais e a significativa banalização dos direitos sociais, traz para a saúde mental desafios com proporções maiores do que é possível analisar nesses dados.

Diante disso, a análise realizada possibilita afirmar que o trabalho interprofissional tem potencialidades que aprimoram o trabalho na saúde mental. No entanto, é inegável que ele enfrenta diversos obstáculos, uma vez que está inserido em um cenário de mudanças que impactam diretamente a sua materialização e limitam a sua efetivação. Esse contexto também destaca a necessidade de estratégias que superem a focalização, a fragmentação e a precarização que afetam as políticas sociais, incluindo a política de saúde mental.

Considerações finais

Observa-se que os modelos de produção capitalista, dentre os quais o fordista-taylorista, a acumulação flexível e a recente Era digital (com a presença das TICs), carregam em suas características relações de trabalho cada vez mais precarizadas, fragmentadas, baseadas na divisão do conhecimento e na subdivisão das profissões, com expressões no intenso processo de especialização entre as categorias profissionais e no trabalho individualizado. Essas características também impactam na gestão e oferta dos serviços de saúde e na organização dos processos de trabalho, cujas relações tendem a ser hierarquizadas e verticalizadas.

Por essa razão, os aspectos que envolvem o trabalho multiprofissional, e de forma mais expressiva os desafios de torná-lo interprofissional, implicam a transformação de estruturas institucionais, de valores e hábitos já construídos pelas profissões envolvidas, assim como o enfrentamento da precarização e o sucateamento da Política de Saúde, que afetam diretamente a sua concretização e efetivação.

A pesquisa mostrou que, mesmo sendo indispensável nos serviços de saúde mental, o trabalho interprofissional esbarra em uma série de desafios e tensionamentos que intensificam a compartimentalização do trabalho e, ainda, que muitos profissionais exercem uma atuação isolada, sem interação com outros saberes e, consequentemente, sem proximidade com a totalidade social que envolve o(a) usuário(a), o que põe em risco a integralidade do atendimento.

Na realidade da RAPS do município estudado, os retrocessos são vivenciados diariamente através de iniciativas retrógradas e arbitrárias da gestão municipal, que tendem à precarização e ao sucateamento dos serviços de saúde mental. Tais iniciativas são manifestações da hegemonia neoliberal que tentam reduzir a importância e a qualidade dos serviços públicos, ao mesmo tempo que ampliam a atuação do setor privado. Esses fatores abrem espaço para a mercantilização da saúde, submetendo-a às necessidades do mercado, mediante a redução de recursos orçamentários para as políticas sociais, o que, consequentemente, impacta sobre a não concretização das necessidades em(de) saúde e da não efetivação do direito à saúde (Carnut; Ferraz, 2021).

Acrescentam-se ainda os inúmeros desafios que contrariam as normativas legais e constituem-se como fatores limitantes para o trabalho interprofissional nos serviços de saúde mental do município. Dessa forma, foi possível constatar que esses serviços, apesar de serem compostos por equipes multiprofissionais, nem sempre vão desenvolver um trabalho interprofissional, pois os desafios tendem a favorecer práticas isoladas, com pouca ou nenhuma interação entre os(as) profissionais.

Este estudo mostra ainda que, apesar de reconhecer a importância do trabalho interprofissional para assistência à saúde das pessoas em sofrimento psicossocial, alguns(as) profissionais apresentam uma concepção equivocada e confusa sobre interprofissionalidade ou trabalho interprofissional que, por vezes, se confunde com interdisciplinaridade ou multiprofissionalidade. Esse aspecto pode ser visto como consequência do forte processo de fragmentação herdado da divisão social e técnica do trabalho, que resultou em uma formação profissional baseada em ações individualizadas e com ausências de projetos educacionais que incentivem a interprofissionalidade.

Muitos desafios podem ser vivenciados no percurso que contempla o trabalho interprofissional nos serviços de saúde, uma vez que não basta propor iniciativas para o fortalecimento dessas práticas nos serviços existentes e reconhecê-la como uma das formas de superar as ações fragmentadas e reducionistas na esfera da saúde. Torna-se necessário, também, pensar em estratégias que assegurem o desenvolvimento da interprofissionalidade no contexto de enfrentamento à ordem societária que amplia e mantém a fragmentação e divisão do conhecimento e do trabalho em saúde.

Diante desse cenário, os(as) profissionais(as) envolvidos(as) necessitam, para além da compreensão da totalidade que abarca o(a) usuário(a), compreender os fenômenos que envolvem a atual conjuntura da sociedade brasileira, ainda engrenada por ideais neoliberais que tendem à precarização das políticas sociais e à opressão dos direitos humanos. Nesse sentido, a compreensão acerca da interprofissionalidade exige a apreensão dos aspectos que influenciam historicamente as relações de trabalho, considerando que o modelo de produção capitalista incide diretamente no tipo de relação que o ser humano vem estabelecendo com os seus meios e instrumentos de produção e, principalmente, com o produto do seu trabalho.

Referências bibliográficas

- ANTUNES, Ricardo. *O privilégio da servidão* [recurso eletrônico]: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, Ricardo. Trabalho intermitente e uberização do trabalho no limiar da Indústria 4.0. In: NOGUEIRA, Arnaldo Mazzei *et al.* (org.). *Uberização, trabalho digital e indústria 4.0*. São Paulo: Boitempo, 2020. p. 11-22.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BATISTA, Alfredo. Processos de trabalho da manufatura à maquinaria moderna. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 118, p. 209-238, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/sVnSvDQm58XJh5h47c7Frkv/?lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2024.
- BELLINI, Maria Isabel Barros; ARENA, Fernanda Xavier. A interprofissionalidade na saúde: o revés no trabalho e na formação disciplinar e fragmentada. In: CUNHA, Marinez Gil Nogueira; PRATES, Jane Cruz; GOMES, Vera Lúcia Batista; PINHEIRO, Hamida

- Assunção (org.). *PROCAD Amazônia 2: formação e trabalho do Assistente Social no norte e no sul do Bras.* Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2021. p. 253-266.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 229-266.
- CARNUT, Leonardo; FERRAZ, Camila Biancchi. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 451-466, abr.-jun. 2021.
- CECIM, Ricardo Burg. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti (org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 49-67.
- CECIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface*, Botucatu, n. 22(Supl. 2), p. 1739-1749, 2018.
- CONCENTINO, Aline Costa Viana Neves; TETÉO, Karina Faustino de Carvalho; FREIRE, Maria Márcia de Oliveira. Saúde mental em tempos de contrarreforma psiquiátrica e pandemia: análise da política de saúde mental em um município do Rio Grande do Norte. *Journal of Health Review*, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 01-23, mar./abr. 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/68568/48646>. Acesso em: 28 jan. 2025.
- COSTA, Marcos Viana; BORGES, Flávio Adriano. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface*, Botucatu, n. 19 (Supl 1), p. 753-763, 2015.
- COSTA, Marcos Viana. A educação interprofissional e o processo de formação em saúde no Brasil: pensando possibilidades para o futuro. In: SOUZA, Rosa Maria Pinheiro; COSTA, Patricia Pol (org.). *Nova formação em saúde pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola*. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, RedEscola, 2019. v. 2.
- COSTA, Rosiane Oliveira da. MAIOR, Nívea Maria Santos Souto. SILVA, Alessandra Ximenes da. A inflexão dos Direitos Humanos na Política de Saúde Mental e Drogas. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 75-90, maio/ago. 2020.
- COSTA-ROSA, Abílio. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Unesp, 2013.
- DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011.
- ELLERY, Ana Ecilda Lima. Interprofissionalidade. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (org.). *EnSiQlopedia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 146-150.
- FAZENDA, Ivani C. Arantes (org.). *Práticas Interdisciplinares na Escola*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- FAZENDA, Ivani C. Arantes. *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. Campinas: Papirus, 1994.
- FURTADO, Juarez Pereira. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan.-abr. 2009.
- GUERRA, Yolanda. A “promessa” da interdisciplinaridade e a disjuntiva entre especialização e desespecialização do trabalho no capitalismo. In: PASTORINI, Alejandra; ICASURIAGA, Gabriela Lema; DAL MORO, Maristela (org.). *Crise do capital e a regressão conservadora:*

- impactos políticos, sociais e territoriais. [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2023. p. 136-177.
- MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política* (Livro I). 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2011. (Texto original publicado em 1867).
- MARX, Karl. *Contribuição à crítica da economia política*. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.
- MATOS, Maurílio Castro. *Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013.
- MÉSZÁROS, István. *A crise estrutural do capital*. 2. ed. revisada e ampliada. São Paulo: Boitempo, 2011.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*, 2010.
- PEDUZZI, Marina. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1998.
- PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 116-128, jan./jul. 2012.
- ROSA, Lucia Cristina dos Santos; GUIMARÃES, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, ano XXII, n. 44, p. 111-138, maio-ago. 2019.
- SOARES, Raquel Cavalcante. *Contrarreforma no SUS e o serviço social* [recurso eletrônico]. Recife: Ed. UFPE, 2020.
- SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes. *O trabalho em saúde: os fios que tecem a (des)regulamentação do trabalho nos serviços públicos*. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.
- TETÉO, Karina Faustino de Carvalho. *Serviço Social no contexto hospitalar: desafios e possibilidades para atuação multiprofissional nos Hospitais Universitários do Rio Grande do Norte*. 2015. 136f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/36437>. Acesso em: 25 jan. 2025.
- TETÉO, Karina Faustino de Carvalho. *O trabalho interprofissional na saúde mental: particularidades do município de Parnamirim/RN*. Orientadora: Dra. Edla Hoffmann. 2023. 168f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/617ce24d-32c2-4e03-b46c-5db9e8077956>. Acesso em: 25 jan. 2025.
- TONELO, Iuri. Uma nova reestruturação produtiva pós-crise de 2002? In: NOGUEIRA, Arnaldo Mazzei *et al.* (org.). *Uberização, trabalho digital e indústria 4.0*. São Paulo: Boitempo, 2020. p. 139-148.
- TONET, Ivo. Interdisciplinaridade, formação humana, emancipação humana. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 116, p. 725-742, out./dez. 2013.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: ROSA, Lúcia Cristina dos Santos *et al.* (org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 35-68.

WIESE, Michelly Laurita. Serviço Social e a interlocução com a determinação social na saúde em tempos de pandemia. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 26, n. 3, p. 146-159 set./dez. 2020.