



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE**

**DESAFIOS E IMPLICAÇÕES DA
INTERDISCIPLINARIEDADE: UMA VIVÊNCIA DO
ENFERMEIRO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Patrícia Curti Bueno

Santa Maria, RS, Brasil

2011

DESAFIOS E IMPLICAÇÕES DA INTERDISCIPLINARIEDADE: UMA VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Patrícia Curti Bueno

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada a Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Residente de Enfermagem em Saúde Mental.**

Orientadora: Enf^a. Prof^a. Dr^a. Vânia FigheraOlivo

Co – Orientadora: Enf^a. Ms. Letícia Becker Vieira

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso
Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

DESAFIOS E IMPLICAÇÕES DA INTERDISCIPLINARIEDADE: UMA VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

AUTORA: PATRICIA CURTI BUENO
ORIENTADORA: VÂNIA FIGHERA OLIVO
CO – ORIENTADORA: LETÍCIA BECKER VIEIRA

Este trabalho apresenta um relato de vivência de uma Enfermeira Residente na área de Saúde Mental de um Hospital-Escola no interior do Estado do Rio Grande do Sul. As Residências Multiprofissionais surgem com o desafio da formação de trabalhadores de saúde em equipe multiprofissional enquanto proposta que congrega diferentes profissões da saúde como perspectiva do trabalho em equipe multiprofissional. Este estudo tem como objetivo relatar a partir de uma abordagem análise crítico-reflexiva, o processo de instituição de dispositivos interdisciplinares na vivência multidisciplinar no campo da saúde mental. Nesse sentido optou-se pela sistematização desta vivência em três categorias: A (re)significação do campo de atuação; A conquista do espaço vivido; o desafio de construir diferentes relações; Atuação interdisciplinar: dispositivos essenciais para re(construção) desse processo. Aponta-se o desafio de atuar em uma equipe multidisciplinar, visto que faz-se necessário trilhar o caminho juntamente com a equipe, utilizando-se dos dispositivos, tais como: comunicação, troca de saberes, intercâmbio de idéias, definição de campo e núcleo, que levam a uma atuação interdisciplinar.

Palavras chave: Enfermagem; Saúde Mental; Prática Profissional.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 5 |
| 2. METODOLOGIA | 8 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 9 |
| 3.1 A (re)significação do campo de atuação | 9 |
| 3.2 A conquista do espaço vivido; o desafio de construir diferentes relações | 11 |
| 3.3 Atuação interdisciplinar: dispositivos essenciais para re(construção) desse processo | 14 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 19 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 21 |

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Historicamente a ciência vem se configurando de maneira fragmentada sendo esta fruto do racionalismo da era moderna, até culminar no alto nível de especialização do conhecimento que encontramos atualmente. Essa fragmentação do saber gera uma proliferação do conhecimento, que se transforma rapidamente e se encontra dividido em áreas isoladas, fenômeno conhecido como “disciplinaridade”. Entendem-se disciplinas como uma maneira de organizar e delimitar um território de trabalho, de concentrar as experiências dentro de um determinado ângulo de visão. (VILELLA; MENDES, 2003; PADILHA 2008)

Dentro do conceito do caráter fragmentário do conhecimento produzido pela ciência tradicional, foi percebendo-se a necessidade de superação dessa visão para um modelo que pensasse a reintegração das partes. Na área da saúde esses pressupostos da integração das partes estão presentes há algum tempo, e nas últimas décadas, a interdisciplinaridade tem sido destacada como uma possibilidade para a construção de conhecimentos partilhados pelos diferentes saberes. (VILELA; MENDES, 2003; FILHO, 2003)

Nos modelos tradicionais não se percebe a contemplação de uma ação interdisciplinar, e o que acontece, na maioria das vezes, é uma simples reunião dos diferentes saberes, das diferentes disciplinas, seja na tomada de decisão, ou na formulação de leis, fato este que vai de encontro com o conceito da interdisciplinaridade (VILELLA; MENDES, 2003; PADILHA 2008). Na interdisciplinaridade faz-se imprescindível a intercomunicação entre as disciplinas, de modo que resulte uma modificação entre elas, através de diálogo compreensível, uma vez que a simples troca de informações entre organizações disciplinares não constitui um método interdisciplinar. (PADILHA, 2008)

No campo da saúde mental a Reforma Psiquiátrica surge com o objetivo de questionar o modelo assistencial até então vigente, e propor estratégias para a transformação, fazendo emergir um novo paradigma para a psiquiatria. O processo de Reforma Psiquiátrica percorreu vários países, com o intuito de

abolir a reclusão e repressão imposta ao usuário, garantindo a reinserção social, a cidadania e o estímulo desses, tais propósitos incluíam, ainda, a prática de discussão em grupo, envolvendo uma postura essencialmente interdisciplinar (AMARANTE, 1995; ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Apesar dessas novas propostas no campo da saúde, e em especial em saúde mental, ainda se percebe dificuldade de visualizar práticas interdisciplinares. A formação é ainda centrada no modelo biomédico, sendo as demais profissões da saúde vistas, muitas vezes, como auxiliares na assistência médico-centrada.

Com o pressuposto de superação deste modelo hegemônico, aponta-se que o processo político e operacional de implementação dos novos modelos de atenção, quanto o processo de formação dos profissionais que atuam nesse sistema é complexo, dinâmico e desafiador. Assim sendo, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC) vêm incentivando e apoiando programas de qualificação profissional que desafiam a superação do paradigma vigente, sendo também orientados pela integração Ensino-Serviço, tendo como exemplo as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS).

As RMS têm como principal desafio: a formação de trabalhadores de saúde em equipe multiprofissional enquanto proposta que congrega diferentes profissões da saúde como perspectiva do trabalho em equipe multiprofissional atuando de modo integral. Nesse sentido, pressupõe a concretização de processo de formação na perspectiva de uma atenção integral a saúde, entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990; BRASIL, 2009).

Nesse contexto surgiu a primeira turma, no ano de 2009, da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS), pela Universidade Federal de Santa Maria, Estado do Rio Grande do Sul. Tal programa estrutura-se a partir de um projeto político-pedagógico inovador ao propor que o residente desenvolva competências para utilizar de dispositivos de gestão e atenção da qualificação do Sistema Público de Saúde (BRASIL, 2009, § 9.1.5).

Como residente de Enfermagem que atuou na área da saúde mental, sentiu-se a necessidade de refletir sobre a vivência neste Programa em decorrência de alguns questionamentos que emergiam desde a entrada em campo e na condução da residência: Qual o papel da residência multiprofissional na área da saúde mental? Qual o papel do residente de Enfermagem nas diferentes relações dentro das equipes? Quais competências essenciais para melhorar o processo interdisciplinar?

Acredita-se que este estudo possa fornecer subsídios para a atuação interdisciplinar do profissional de enfermagem em saúde mental, de forma que possibilite a superação do caráter fragmentário no cuidado/atenção em saúde. Busca-se também que este trabalho possibilite subsídios para demais programas de residências e demais profissões da saúde no que diz respeito à concretização de atuações respaldadas, a partir de uma reflexão da prática vivencial, na concepção ampliada de saúde, utilizando dispositivos que proporcionem a interlocução e atuação das profissões que compartilham os distintos campos profissionais. .

Com base nas reflexões este estudo tem como objetivo relatar a partir de uma abordagem análise crítico-reflexiva, o processo de instituição de dispositivos interdisciplinares tendo por base a vivência em uma residência multidisciplinar no campo da saúde mental.

2. METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se como um relato de experiência, a partir de um olhar crítico-reflexivo da vivência em uma residência multiprofissional no campo da saúde mental em uma Instituição Federal de ensino do interior do Rio Grande do Sul. O programa de Residência Multiprofissional é orientado como Pós-Graduação Lato Sensu, destinada aos profissionais que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de cada área, tendo carga horária de 60 horas semanais (BRASIL, 2009).

O período de vivência relatado neste trabalho foi de julho de 2009 até abril de 2010, sendo que do total da carga horária citada, 40 horas semanais eram destinadas a atividades práticas nas quatro Unidades pertencentes a área de concentração da Saúde Mental, e as 20 horas restantes eram destinadas a aulas teóricas, onde se consolidava a integração dos saberes e marcos conceituais com a prática realizada. Tal organização possibilitou construir competências compartilhadas que gerassem a consolidação do processo de formação em equipe, promovendo a articulação ensino-serviço-gestão (BRASIL, 2009)

Por se tratar de uma vivência multiprofissional necessita-se trilhar alguns caminhos para que possa se concretizar mudanças no que diz respeito ao processo de formação, do trabalho e da gestão em saúde, tendo como eixo norteador o trabalho interdisciplinar. Nesse sentido optou-se pela sistematização desta vivência em três categorias: *A (re)significação do campo de atuação; A conquista do espaço vivido; o desafio de construir diferentes relações; Atuação interdisciplinar: dispositivos essenciais para re(construção) desse processo.*

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Produzir reflexão crítica sobre a interdisciplinaridade no campo da saúde mental, a partir do vivido no cenário de prática do programa de residência implica, à priori, identificar quais elementos são orientadores do processo de mudança que esta discussão fundamenta, agrupados nas unidades que seguem abaixo apresentadas.

3.1 A (re)significação do campo de atuação

No contexto de desenvolvimento da formação e das atividades profissionais de base interdisciplinar torna-se desafiador a implementação de processos de mudança que tem como eixo orientador a relação entre a história construída nos cenários de atenção em saúde - modelos vigentes - e o modo dos profissionais intervirem nos respectivos campos de produção. No caso da saúde mental, um dos problemas limitantes para desenvolver novas práticas integrativas está relacionado à baixa adesão dos profissionais neste campo, resultantes de estigmas que necessitam ser desconstruídos a partir deste tipo de relato de vivência de cunho crítico-reflexivo.

Mesmo que a área da saúde mental venha passando por mudanças, principalmente após a Reforma Psiquiátrica, alguns estudos (CAVALHERI *et. al*, 2007; KANTORSKI *et. al*, 2007), envolvendo profissionais de saúde e acadêmicos, demonstram que atuar no campo da saúde mental é uma área de difícil compreensão, aceitação e conseqüente difícil manejo. Pelo próprio desenvolvimento histórico da psiquiatria e da assistência psiquiátrica, as pessoas, de um modo geral, incluindo os profissionais da saúde, através dos tempos foram constituindo em seu imaginário, uma idéia do doente mental como alguém agressivo. Conviver com alguém que é percebido a partir de uma relação de periculosidade leva ao desenvolvimento de um sentimento de medo (CAVALHERI *et. al*, 2007).

Observa-se que o ensino produz e reforça a fragmentação dos saberes e práticas de exclusão da loucura, gerando uma assistência permeada pela

ansiedade e conseqüentemente afetando a qualidade do cuidado a esses usuários (CAVALHERI *et. al*, 2007; KANTORSKI *et. al*, 2007).

Neste contexto, percebeu-se que a área de concentração da Saúde mental apresenta menor adesão de alunos/as candidatos/as à Residência Multiprofissional, se comparado com as demais áreas. Enfrentar um campo pouco explorado, até mesmo durante a graduação, foi um dos primeiros desafios ao exercício da interdisciplinariedade.

Como Residente de Enfermagem, a experiência vivenciada permitiu inferir que a pouca adesão na área de saúde mental é alimentada também pelos modelos de estágios curriculares, que continuam a ser realizados nos hospitais psiquiátricos enfatizando as psicopatologias. Nesse contexto os estágios muitas vezes não encontram-se inseridos com serviços da rede de saúde, o que acarreta em uma manutenção do modelo manicomial. Sendo assim, não há a possibilidade de maiores ressignificações acerca da saúde mental (KANTORSKI *et. al*, 2007). Fato este que se evidencia na implementação do Programa da residência multiprofissional

Frente as propostas pedagógicas do Programa, enquanto residente instituiu-se o desafio de ressignificar o modo de inserção no campo da saúde mental. O primeiro movimento para isto, foi elaborar um marco conceitual orientador sobre saúde mental, tendo em vista que a carência de conhecimento por parte dos profissionais acerca do tema, favorece ainda mais a segregação e exclusão do doente mental. Buscou-se a familiarização com os novos referenciais produzidos nesta área, desde conhecimentos básicos (SMELTZER e BARE, 2009; ARANA, 2006) – diagnósticos, nomenclaturas, manejos, terapêuticas medicamentosas -, até conhecimentos mais ampliados (GASTÃO e DOMINITTI, 2007; FILHO, 2003) – novas tecnologias de cuidado envolvendo as recentes políticas de saúde mental que visualizam atuações integradas.

Com o arcabouço teórico foram aprendidos os conceitos básicos sobre o tema, para obter segurança no cuidado/atenção em saúde aos usuários e no gerenciamento da equipe. Entretanto, era necessário um segundo momento, ressignificá-los a partir de cada vivência no campo da prática. O primeiro processo efetivo para isto envolveu a necessidade de elaborar um diagnóstico situacional com base em dados levantados a partir da realidade vivenciada.

Nesse contexto, corrobora-se com os apontamentos de Bauli e Matsuda (2009) quando defendem que no processo de mudança é necessário conhecer a real situação dos serviços, sendo o diagnóstico uma das mais importantes ferramentas de gestão nesse processo.

Para isso, foi realizada a observação da dinâmica das unidades referentes à área de concentração, possibilitando a percepção das atividades realizadas pela equipe, as lacunas do processo de trabalho referentes à estrutura física e de recursos humanos, enfim, pontos que norteariam a inserção de forma diferenciada e efetiva no campo. Cita-se ainda que para a construção do diagnóstico a participação da equipe foi de grande importância, pois em todos os momentos era solicitado que fossem eles que repassem a realidade dentro das unidades. Por se tratar de um Programa novo nesse contexto, onde outras profissões estavam sendo inseridas, essa integração facilitou o processo de inserção e também diminuiu o impacto negativo e de rejeição da equipe frente a novas propostas.

Com base no diagnóstico, e a partir dos conceitos (re)significados pelo residente foi possível ingressar efetivamente no campo de prática, vivenciando os elementos oriundos do campo de inserção, a partir da abordagem interativa e comunicacional com as equipes e que possibilitou iniciar novas experiências de processos de trabalho rumo a interdisciplinaridade.

3.2 A conquista do espaço vivido; o desafio de construir diferentes relações

O processo de resignificação do campo da saúde mental fomentou alguns questionamentos: por onde começar ações integradas de base interdisciplinar? Pelas lacunas do diagnóstico em torno dos modos de práticas clínicas ou pela necessidade de estreitar laços, construir relações de confiabilidade com a equipe da saúde mental? Este último elemento parecia ser o maior desafio, superando o da estigmatização. Acrescido a isto, as problemáticas reveladas no diagnóstico evidenciava a necessidade de ampliar a clínica envolvendo outros núcleos de saber e fazer profissional ofertados no Programa de Residência - psicologia, terapia ocupacional, assistente social – visto que, os serviços operavam com a equipe básica, composta somente por

enfermagem e medicina. Então o desafio emergente era a introdução dos novos núcleos profissionais no cotidiano do serviço de saúde mental.

Como residente de Enfermagem necessitava desenvolver competências para gerenciar o trabalho em equipe - função do enfermeiro – atuando como elo de ligação entre direção, funcionários e demais membros. Um dos aspectos básicos ao desempenho da função do enfermeiro é de inserir-integrar, permanentemente, as atividades da equipe multiprofissional (BACKES *et. al*, 2008). Compreendeu-se então ser competência do enfermeiro instigar a equipe e envolvê-los nas atividades propostas pelos/as residentes. Utilizou-se o espaço na sala de enfermagem durante a passagem de plantão ou momentos de descanso da equipe para estabelecer um diálogo acerca do que a equipe compreendia como uma necessidade a ser implementada no campo e na instituição tendo como subsídio a compreensão das novas propostas da residência.

Na construção desses espaços foi possível perceber que a gestão do trabalho interdisciplinar nas equipes depende de instrumentos operacionais, sendo a relação horizontal uma forma de operar mediante a construção de procedimentos dialógicos. Dessa forma, a inserção da equipe nas atividades da residência permitiu que a interação dos diferentes sujeitos e saberes a construção de maneira conjunta de intervenções baseadas no diálogo e envolvimento dos sujeitos. (GASTÃO; DOMITTI, 2007)

Ao vivenciar esses processos, permitiu compreender que o enfermeiro deve desenvolver competência para captar as necessidades emergentes e flexibilidade para se adaptar às diferentes situações que se apresentam nas relações e interações do dia-a-dia das organizações do cuidado (BACKES *et. al*, 2008). Isso se tornou mais relevante, quando percebe-se que na construção de relações e interações com as equipes há um fenômeno inerente: o conflito.

Na conquista do espaço interdisciplinar do Programa de Residência o conflito emergiu como elemento importante a ser enfrentado, a fim de garantir a implementação da proposta pedagógica desse. Diversos estudos apontam que na instituição hospitalar, composta em sua maioria por equipe médica e de enfermagem, um dos principais fatos desencadeadores de conflitos é o

domínio do saber imposto pelos profissionais médicos (STUMM *et. al*, 2006; FERREIRA *et. al*, 2010; SPAGNOL *et. al* 2010).

O conflito pode apresentar significados positivos ou negativos, de acordo com estratégia de resolução utilizada. Para Spagnolet.*al* (2010) três passos estratégicos são importantes na condução da solução/amenização dos conflitos: o *abrandamento*, onde se enfatiza interesses comuns, procurando minimizar as diferenças entre os membros da equipe; a *negociação*, onde as partes abrem mão de algum ponto, conciliando as diferenças e, por fim, a *retirada*, onde se evita o conflito, ao invés de enfrentá-lo.

A Residência configura-se como uma proposta inovadora, para desencadear novos processos de trabalho, e possivelmente, novos espaços de disputa em torno de saber. Era necessário estar preparado para enfrentar a hegemonia do modelo biomédico e possíveis resistências ao novo cotidiano laboral com ingresso da residência (SPAGNOL *et. al* 2010).

Prevendo estas possibilidades, buscou-se conhecer a realidade do trabalho médico dentro da Psiquiatria, uma vez que foi necessário estabelecer relações baseadas na comunicação, e, afirmando a proposta da Residência como uma troca de saberes e não de domínio dos espaços já ocupados pela medicina. Sendo assim, buscou-se desconstruir o imaginário de um modelo biomédico que exerce um domínio hegemônico que não pode ser compartilhado, o que acontece, muitas vezes, é a falta de comunicação para decidir de que forma o trabalho pode ser realizado conjuntamente. O conflito, aqui, não se manifestou, de modo que em nenhum momento a equipe médica desvalorizou a atitude ou o trabalho do/a enfermeiro/a.

Por outro lado, percebeu-se que o enfrentamento das relações de poder não se limita apenas ao modelo biomédico, na atuação da prática foi necessário enfrentar e gerenciar os conflitos dentro da equipe de enfermagem e também da equipe multiprofissional da residência. Foi necessário então, abordar as estratégias de enfrentamento supracitadas, para cada conflito durante essa vivência.

Na situação de conflito vivenciada com a equipe de enfermagem no campo, buscou-se o *abrandamento* ou em alguns casos a *negociação*, com o intuito de mobilizar a equipe para interesses comuns. Dessa forma almejou-se

resignificar os conflitos, para que esse não interfira no serviço prestado ao usuário (STUMM *et. al*, 2010). Percebeu-se que os conflitos, no campo vivenciado, são ocasionados pelo estresse do ambiente de trabalho, característico da área de saúde mental, ou por falta de comunicação entre membros da equipe (SILVA *et. al*, 2000).

Percebia-se que a nova configuração da interdisciplinaridade exigia desconstruir território de domínio do saber, tal qual no modelo biomédico. Entretanto, no campo interdisciplinar estes territórios não são bem delimitados, dificultando o enfrentamento do conflito. Enquanto não existiam dispositivos adequados para enfrentar esse, uma estratégia usada, quando ocorria entre a equipe multidisciplinar, foi a de retirada, postura essa que procura evitar o conflito. Muitas vezes, lança-se mão da utilização de ações burocratizadas e imediatistas, a fim de somente contornar a situação, tendo o risco de prejudicar o cuidado integrado dos usuários (SPAGNOL *et.al*, 2010).

Diante da conquista do espaço inserido pela Residência, e o enfrentamento das diferentes relações interpessoais, era necessário enfrentar desafios, reconhecendo dispositivos que levassem a uma atuação interdisciplinar.

3.3 Atuação interdisciplinar: dispositivos essenciais para re(construção) desse processo

No campo da saúde mental, alguns elementos desencadeadores do processo de mudanças, estão relacionados com a necessidade de identificação e utilização de dispositivos de gestão e atenção que desencadeiem a produção de uma assistência integral, com ênfase, principalmente na atuação interdisciplinar (VILELLA; SCATENA, 2004).

Identificou-se, a partir do vivido, que um primeiro dispositivo para fomentar o processo de mudança está diretamente relacionado à Proposta pedagógica de um Programa de Residência Multiprofissional. No caso do Programa da UFSM fomentou não apenas a inserção de diferentes profissões

em uma realidade onde havia atuação predominantemente de equipe médica e de enfermagem; exigiu necessidade de novos desenhos de atenção e gestão.

O fato de propor estudar interdisciplinaridade em um programa de residência surge como a possibilidade de refletir essa como um processo produtor de novos conhecimentos, intervindo de maneira que a formação de cada profissional seja vista sob nova ótica, possibilitando a integração de saberes (PADILHA, 2008).

Entretanto a operacionalização de novos desenhos mostrou-se complexa, tendo em vista que a forma de organização das atividades práticas da primeira turma desse programa, não favoreceu a ação interdisciplinar. Nessa organização somente o enfermeiro se fixava em uma área de concentração, enquanto os demais profissionais atuavam em outras duas áreas. Sabe-se que a aproximação de diferentes profissões em um campo de atuação, não se caracteriza como ação interdisciplinar. É necessário que os serviços estejam organizados de maneira a contemplar a integração entre os profissionais, evitando uma organização individualista e estimulando cada vez mais uma postura focada no diálogo e na troca de diferentes conhecimentos. (MARTIN,2011; PIZOL *et al.*;;2003).

Como residente de enfermagem, frente a forma de organização, na maioria das vezes desencadeava processos de forma individual, instituindo trabalhos enquanto núcleo profissional. Os espaços de trocas entre os profissionais eram cada vez menores, o que impossibilitava uma ação conjunta, tendo em vista que no trabalho interdisciplinar é necessário ter ações de cooperação sucessivas e crescentes (PADILHA, 2008).

Um segundo dispositivo encontrado, a partir do vivido, para desencadear processo de atuação interdisciplinar é a (re)significação por parte de cada profissional, dos conceitos acerca do trabalho em equipe multidisciplinar. Nesse contexto, primeiramente, se faz necessário que os profissionais percebam que nenhum campo de saber pode dar conta de forma individualizada das diversas dimensões do sujeito. Compreende-se que o indivíduo, dada sua complexidade, não é abrangido com exclusividade por uma única especialidade. Tal definição possibilita a abertura dos espaços

interdisciplinares, uma vez que a integração dos diferentes saberes possibilita a aproximação da multidimensionalidade de cada sujeito. (PIZOL *et al*, 2003)

Mesmo com a percepção de que um único saber não dá conta das diversas dimensões do sujeito, é comum que o profissional construa uma identidade e segurança, apegando-se ao seu núcleo de especialidade, o que dificulta a abertura para espaços interdisciplinares (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Para a abertura, desses espaços, é necessária a significação dos conceitos acerca de campo e núcleo, que segundo CAMPOS (2000) o núcleo demarcaria a identidade de uma prática profissional, já a definição de campo refere-se a um espaço que cada profissão buscava apoio em outras para o cumprimento de tarefas, ambos seriam mutantes e se interinfluenciaram, não sendo possível detectar limites entre eles (CAMPOS, 2000).

Outro dispositivo encontrado foi a possibilidade de uma profissão apoiar e ser apoiada por outra, em um dado momento da atuação. Isso faz com que a atenção se torne cada vez mais completa e se percebe a real definição de interdisciplinaridade. Na vivência no campo em saúde mental os espaços para a troca eram realizados durante a preceptoria de campo, onde relatos de cada profissional eram discutidos e definia-se um plano integrado para atuar no conceito interdisciplinar.

Em alguns momentos foram construídos espaços com outros profissionais da rede – atenção básica e gestão – que possibilitou uma percepção compartilhada de que no campo da saúde mental tanto o usuário, como seu familiar devem estar no centro atenção/cuidado dos profissionais, sendo esse um quarto dispositivo elencado para uma atuação interdisciplinar. Sendo assim, cada campo, seja ele dentro do hospital ou outro espaço da rede, que atuava dentro do contexto sócio-familiar do usuário, compartilhava os planos terapêuticos com esse, e se construía conjuntamente uma ação intersetorial e interdisciplinar.

Vale ressaltar que o dispositivo da comunicação era utilizado para construir essa relação, corroborando com Rocha (2005) quando traz que esse implica na superação de termos fechados e conseqüentemente origina uma linguagem única para expressar as contribuições das várias disciplinas/profissões, possibilitando os intercâmbios.

Foi possível perceber, também, que quando se estabelecia uma comunicação entre os residentes, construía-se um consenso entre os diferentes modos de pensar e agir. Pois alguns profissionais demonstram a dificuldade em trabalhar em equipe, como uma forma de perder o valor que seu trabalho enquanto núcleo isto denotava as implicações na atenção ao usuário. Para enfrentar esse desafio, Rocha (2005) defende que o trabalho em equipe não pretende abolir aquilo que é específico de cada profissional, sendo que a valorização das diferenças técnicas e a integração dos diferentes saberes contribui para enriquecer o trabalho interdisciplinar.

Percebeu-se ainda que quando se estimula a complementarização dos saberes, se observa uma tendência a horizontalização das relações de poder, outro dispositivo essencial na construção da interdisciplinaridade. (ROCHA, 2005). A partir da identificação e utilização dos dispositivos supracitados e de uma análise crítico reflexiva da vivência do enfermeiro em saúde mental, apresenta-se uma proposta figurativa para uma atuação interdisciplinar.

Na Figura 1 estão representadas as cinco profissões da área da saúde que compõem a proposta da RMS em questão. Assim cada profissão constrói sua identidade em seu núcleo profissional, porém os limites desse núcleo estão representados por linhas pontilhadas, onde é possível estabelecer permanentemente a recepção e compartilhamento de novos conhecimentos, conceitos e práticas. No centro das profissões está o objeto da atenção em saúde, o usuário e família, esse ao mesmo tempo em que recebe orientações acerca do cuidado, estabelece troca de saberes a partir contexto sócio-econômico-cultural aos profissionais da equipe multidisciplinar.

Ao se estabelecer relações, seja da equipe-equipe e da equipe-usuário/familiar almeja-se a atuação interdisciplinar e efetivação de um cuidado integral, de modo que é necessário que os atores envolvidos disponham de elementos capazes de facilitar essa proposta, sendo eles: estabelecimento de vínculos troca de saberes, comunicação, intercâmbio de idéias, definição de campo e núcleo das profissões e relações horizontais.

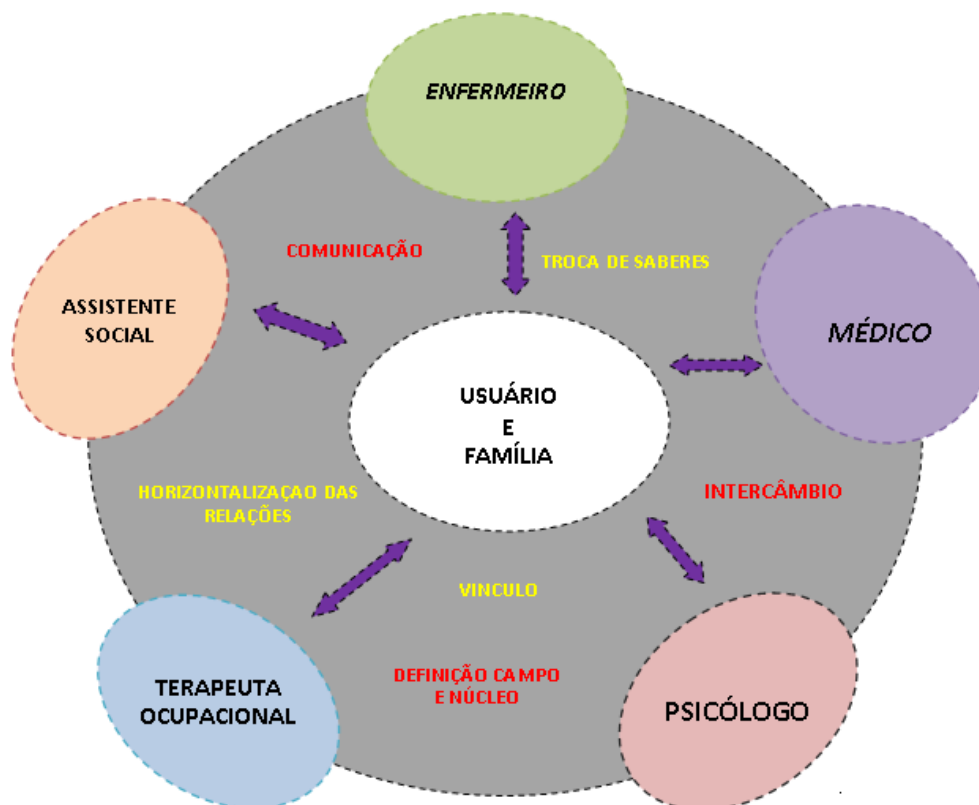


Figura 1 Proposta figurativa do cuidado integral aos usuários de um serviço em saúde mental a partir das concepções da equipe interdisciplinar

A partir desta compreensão, aponta-se que a Residência proporciona o desenvolvimento de competências para atuar no sistema como um todo, proporcionando também a superação de modelos tradicionais em saúde que atuam em caráter fragmentário.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em Saúde Mental exige, de toda a equipe de saúde, um preparo técnico e psicológico, sendo, por vezes, considerado uma tarefa difícil. Quando há, então, propostas de mudanças nesse campo da saúde, no caso da atuação interdisciplinar na Residência Multiprofissional, percebeu-se a necessidade de analisar e compartilhar os desafios que surgem para o êxito na atenção a esses usuários.

Desse modo a oportunidade de refletir acerca da atuação como enfermeira integrante desta equipe, contribuiu para perceber que as características assumidas pelo trabalho de enfermagem dentro da equipe de saúde mental adquirem diferentes contornos. Estes são aprendidos não só pelas atribuições que o enfermeiro assume, como também pela posição que cada um ocupa no processo de trabalho da equipe interdisciplinar.

Percebeu-se que o enfermeiro, enquanto gerente da atenção em saúde, tem o papel de intermediar conflitos, atuar como elo de ligação entre profissionais, viabilizar espaços de trocas de saberes dentro da equipe, facilitando, assim, a delimitação das atuações conjuntas. Dentro da Residência, juntamente com os demais profissionais, o papel que se assumiu foi de desencadeadores de novos processos de trabalho, construindo relações com equipe e usuários, que facilitariam a reestruturação da rede de serviços na perspectiva da interdisciplinaridade.

Nas interações que ocorreram durante essa vivência emergiram representações ligadas ao medo, preconceito e também a equívocos de alguns conceitos que permeiam a conduta dos profissionais. É necessário desconstruir esses conceitos, utilizando-se dos dispositivos desse relato, para orientar na superação do modelo tradicional em saúde e subsequente transformação da assistência psiquiátrica dentro dos serviços de saúde.

Ressalta-se a necessidade de re(significar) a atuação interdisciplinar dentro das instituições de Ensino na área da saúde, a partir de um processo de conscientização dos profissionais acerca das mudanças que propiciem a integração constante dos diversos saberes. Pois se deve levar em conta que

essa conscientização leva ao aumento de interesse dos futuros profissionais por essa área da saúde, algo que ainda é percebido de forma muito tímida nos serviços de saúde.

Sugere-se que novas pesquisas sejam possibilitadas a partir das discussões e situações vivenciadas nesse relato, com o intuito de construir constantemente a avaliação do ensino-serviço dentro da área da saúde mental. Tendo em vista que quando os processos são avaliados surgem novas (re) significações capazes de desencadear mudanças, acarretando em melhorias para a assistência.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M.A.A **configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(1):207-215, jan, 2007.

ARANA, G.W. **Terapêutica Medicamentosa em Psiquiatria**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

BACKES, D.S. et al. **O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais da saúde**. CiencCuidSaude 2008 Jul/Set; 7(3):319-326

BAULI, J.D.; MATSUDA, L.M. **Diagnóstico situacional do serviço de enfermagem de hospital de ensino sob a ótica dos profissionais de nível médio**. RAS Vol. 11, No 43 – Abr-Jun, 2009

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão Nº 2813 de 25 de novembro de 2009. Brasília: **Secretaria das Sessões**. ATA Nº 50.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 nov, 2009. Disponível em <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?data=13/11/2009&jornal=1&pagina=7&totalArquivos=192>> Acessado em: 13 de maio, 2011

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set, 1990. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>> Acessado em: 12 maio de 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Sociedade e cultura, Vol. 3, Núm. 1-2, janeiro, 2000, pp. 51-74

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em**

saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 399-407. ISSN 0102-311X

CAVALHERI, S.C.; MERIGHI, M.B.; JESUS, M.C.P. **A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social.** RevBrasEnferm, Brasília 2007 jan-fev; 60(1):9-14

FERREIRA, L.C.M.; GARCIA, F.C.; VIEIRA, A. **Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares.** REV. ADM. MACKENZIE, V. 11, N. 6, Edição Especial • SÃO PAULO, SP • NOV./DEZ. 2010 • p. 31-54.

FILHO, E.J.S. **Psiquiatria e pensamento.** R. Psiquiatr. RS, 25'(2): 318-326, mai./ago. 2003.

KANTORSKI, L.P.; PINHO, L.B.; SCHRANK, G. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental- um estudo a partir da produção científica da enfermagem.** Revenferm UFPE online. 2007 out./dez.; 1(2):266-69

MARTIN, D. **Refletindo a Formação Interdisciplinar na Pós-graduação.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.57-65, 2011.

MATTOSINHO, M.M.S. et al. **Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém- formados em enfermagem.** Acta Paul Enferm2010;23(4):466-71

PADILHA, F.M. **Articulação entre conhecimento científico, especialização e interdisciplinaridade .** Revista espaço acadêmico, no 81, fevereiro 2008.

PIZOL, A.D. et al. **Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento do transtorno de personalidade Borderline.** R. Psiquiatr. RS, 25'(suplemento 1): 42-51, abril 2003.

ROCHA, R.M. **O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar.** Texto Contexto Enferm 2005 Jul-Set; 14(3)350-7.

SILVA, A.L.A. et al. **Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas.** Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 65-70, outubro 2000.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.** 11. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2009.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Rev Latino-am Enfermagem 2003 julho-agosto; 11(4): 525-31

VILLELA, S.C.; SCATENA, M.C.M. **A enfermagem e o cuidar na área da saúde mental**. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 nov/dez; 57(6): 738-41.

SPAGNOL, C.A. et al. **Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem**. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3): 803-11.