

Artículo original



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

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

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

Najla da Cunha El Jundi¹ 

Ana Luisa Poersch² 

Juliana Unis Castan³ 

Raul Charpinel Diniz Gomes⁴ 

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

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

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

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

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

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

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

Presentado 8 enero 2025, Aceptado 22 jul. 2025,

Publicado 22 sept. 2025

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2025;14:e6086

<https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsd.2025.e6086> | ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

Cómo citar este artículo: El Jundi, N. C., Poersch, A. L., Castan, J. U., & Gomes, R. C. D. (2025). Salud mental y procesos de trabajo en una unidad de internación psiquiátrica: una investigación-intervención con trabajadores de la salud. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 14, e6086. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsd.2025.e6086>



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

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

Introducción

La investigación-intervención presentada en este artículo surge de las inquietudes de una de las investigadoras durante su formación en la Residencia Multiprofesional en Salud Mental en un Hospital General de Porto Alegre, y formó parte de su trabajo de conclusión. La vivencia de integrar, como psicóloga residente, el equipo asistencial durante un año en la Unidad de Internación Psiquiátrica de Adultos, aliada a su interés por la Salud del Trabajador y a la aproximación con el Servicio de Medicina Ocupacional de la institución, despertó el deseo de contribuir acerca del proceso de trabajo de esta Unidad.

Durante el período de actuación en la Unidad, fue posible observar conflictos interprofesionales, así como escuchar quejas relacionadas con dificultades de realización de intervenciones por parte del área de Psicología del Trabajo del hospital. Tales manifestaciones señalaban indicios de sufrimiento psíquico o, al menos, de un descontento colectivo por parte del equipo asistencial en relación con su trabajo. Al encontrarse en una posición transitoria —"ni completamente desde fuera, ni completamente desde dentro"—, la investigadora identificó la posibilidad de activar dispositivos para construcción de un ambiente laboral más satisfactorio. Para ello, se fundamentó en las directrices del Sistema Único de Salud (SUS), con énfasis en las políticas públicas dirigidas a la Salud Mental y a la Salud del Trabajador.

El trabajo en salud, por estar directamente orientado al cuidado del otro, es frecuentemente vivido como un espacio de realización personal y de construcción de sentido. Sin embargo, diversos estudios señalan el agotamiento y la insatisfacción de los profesionales de este sector, lo que afecta directamente la calidad del cuidado ofrecido (Assunção, 2011). La subjetividad de los trabajadores de la salud, sus estrategias frente al sufrimiento y los sentidos que producen en su actividad son dimensiones fundamentales en los estudios e intervenciones sobre los procesos de trabajo (Silva et al., 2023). En esa dirección, la Salud del Trabajador propone un enfoque que parte del análisis de los procesos de trabajo, en lugar de limitarse a las condiciones materiales, y considera la centralidad del trabajador en la construcción del cuidado (Lacaz, 2007).

El escenario contemporáneo de las internaciones psiquiátricas está marcado por transformaciones paradigmáticas en la comprensión y el tratamiento de la salud mental, derivadas de la Reforma Psiquiátrica (Ley n.º 10.216, 2001). Esta, representada por principios y políticas que trazan directrices y promueven cambios estructurales, surge como respuesta a la crisis del modelo asilar, sustituyendo la lógica manicomial por enfoques más humanizados e inclusivos. La búsqueda de un cuidado integral y humanizado, que valore los diferentes saberes —de los pacientes y de los diversos profesionales—, es reforzada por la Política Nacional de Humanización (PNH) del Sistema Único de Salud (SUS), creada en 2003, poco después de la promulgación de la Ley n.º 10.216, de 2001 (Ley de la Reforma Psiquiátrica). La PNH propone superar la lógica fragmentada del cuidado en salud, que desconsidera las singularidades; además, señala caminos para la construcción de servicios más saludables para todos (Ministério da Saúde, 2003).

La elección de abordar los procesos de trabajo en el campo de la internación psiquiátrica parte del reconocimiento de que los trabajadores de la salud mental ocupan un lugar estratégico en las transformaciones impulsadas por la Reforma Psiquiátrica. Son ellos los responsables de elaborar prácticas cotidianas que reconozcan la complejidad de la locura y de la convivencia con la diferencia ([Merçom & Constantinidis, 2020](#)). Así, al analizar el modo en que estos profesionales se implican en la producción del cuidado, es posible iluminar tensiones, resistencias y también potencias que atraviesan las prácticas instituidas.

En el contexto de una internación psiquiátrica en un hospital general, los discursos ejercidos previamente sobre la locura, sobre los hospitales y sobre las diferentes categorías profesionales poseen relevancia e impacto en las dinámicas actuales. Es importante reconocer que la implementación de nuevas políticas públicas y la producción de conocimientos no promueven transformaciones homogéneas o dicotómicas, en las que una visión es simplemente sustituida por otra. Por el contrario, se trata de procesos heterogéneos y complejos, marcados por disputas de sentido, tendencias y resistencias que se expresan en las prácticas cotidianas de los sujetos y las instituciones. Como lo discute [Foucault \(1979\)](#), incluso en contextos institucionalmente reformulados, los discursos y saberes históricamente contruidos continúan operando como forma de poder a través de los modos de subjetivación. [Amarante \(2007\)](#) también destaca que la Reforma no extingue los saberes y prácticas hegemónicas, sino que los tensiona, abriendo fisuras por donde pueden emerger nuevos modos de cuidado, a pesar de estar atravesados por contradicciones y límites.

[Almeida & Merhy \(2020\)](#) destacan que los trabajadores de la salud son protagonistas de las transformaciones en los modos de cuidar, especialmente cuando se implican en el análisis crítico de sus prácticas y en la invención de estrategias frente a las situaciones que enfrentan cotidianamente. En este campo, el trabajo en salud se entiende como un espacio de encuentros que producen subjetividades, donde se entrelazan múltiples fuerzas que pueden tanto ampliar como limitar la potencia de actuar.

Analizar colectivamente estos encuentros y los modos de implicarse en ellos es condición para sostener prácticas de cuidado más inventivas y para fortalecer la salud de los propios trabajadores.

Frente a estos desafíos, recordamos que la PNH ([Ministério da Saúde, 2003](#)) propone que trabajadores y usuarios sean reconocidos como agentes clave en la reinención continua de las prácticas de cuidado. En este sentido, la cartilla del Programa de Formación en Salud del Trabajador (PFST), integrado a la PNH, orienta la creación de espacios de diálogo y reflexión, donde profesionales de la salud, gestores y usuarios puedan realizar análisis críticos de sus prácticas. El objetivo es que estos espacios posibiliten la construcción continua y compartida de los modos de trabajar, en una dinámica que privilegie el intercambio de saberes y la corresponsabilidad entre los diversos actores involucrados ([Ministério da Saúde, 2011](#)).

Como señala el PFST ([Ministério da Saúde, 2011](#)), la salud no es ausencia de enfermedad, sino la capacidad de adaptación, de creación/inención de estrategias y salidas para las situaciones que llevan al sufrimiento. [Clot \(2010\)](#) destaca que cuidar del trabajo es transformarlo y que es esencial crear situaciones y encontrar técnicas para que los trabajadores sean los protagonistas.

Así, se propuso la construcción de un espacio para el análisis colectivo del trabajo con el equipo asistencial de una internación psiquiátrica de un hospital general, operando como el dispositivo de [Deleuze \(1996, p.83\)](#) —una “máquina de hacer ver y hacer hablar”. Se buscó explorar las percepciones de los miembros del equipo asistencial sobre lo que se produce y lo que se busca producir en la internación psiquiátrica de un hospital general, y analizar cómo las diferentes categorías profesionales se implican en los procesos de producción de este contexto. Se cree que compartir experiencias, desafíos y producciones permite la creación de posibilidades, favoreciendo la superación de patrones naturalizados y abriendo caminos para modos de trabajar más inventivos y deseables. De este modo, la investigación se propuso contribuir a la evolución continua del cuidado y a la promoción de la salud mental en la internación psiquiátrica, beneficiando tanto a pacientes como a trabajadores, en sintonía con las demandas y desafíos del presente.

Recorrido metodológico

Para emprender esta "investiga-acción", se optó por el método cualitativo cartográfico, que permite acompañar procesos en un territorio, entendido como un espacio político-existencial, de relaciones de poder, de vínculos y afectos (Lima & Alvarenga Filho, 2018). El objetivo es trazar el plano de la experiencia, acompañando los efectos del propio recorrido de la investigación, en la que se representan las herramientas conceptuales utilizadas (Escóssia & Tedesco, 2015).

La intervención se propuso promover encuentros grupales, durante el mes de abril de 2024, de participación voluntaria, con las diferentes categorías profesionales que componen el equipo asistencial de la Unidad de Internación Psiquiátrica de Adultos de un hospital general, público y de alta complejidad, ubicado en la ciudad de Porto Alegre/RS. El enfoque era que los grupos pudieran operar como un dispositivo analítico sobre los procesos de trabajo de la Unidad, a través del protagonismo¹ y del intercambio de percepciones y experiencias de los profesionales que allí actúan. Los encuentros fueron denominados como "espacio para el análisis colectivo del trabajo"².

Se consideraron integrantes del equipo asistencial, e invitados a participar, todos aquellos profesionales que compartían la Unidad como lugar de trabajo. Así, se incluyeron diversas categorías y distintos tipos de vinculación: profesores, trabajadores contratados, residentes y pasantes; profesionales de las áreas de administración, educación física, enfermería, farmacia, limpieza, medicina, nutrición, psicología y trabajo social; distribuidos en tres turnos de trabajo.

La intervención fue articulada institucionalmente, con el apoyo de las jefaturas de los equipos presentes en la Unidad y de otros servicios del hospital involucrados: el Servicio de Medicina Ocupacional y el Sector de Desarrollo Organizacional de la Coordinación de Gestión de Personas. Por lo tanto, además de los encuentros de análisis colectivo del trabajo con el equipo asistencial, fueron necesarias reuniones preliminares con los líderes de las distintas áreas, para la articulación y el perfeccionamiento conjunto de la propuesta.

A los miembros del equipo se les ofrecieron seis encuentros colectivos, en un aula dentro de la Unidad, a lo largo de un período de tres semanas, cada uno con una duración de aproximadamente una hora y treinta minutos, realizados en turnos alternados, favoreciendo la participación de un mayor número de personas. El formato fue desarrollado de manera abierta, no estructurada, permitiendo que los trabajadores expusieran libremente sus experiencias y reflexiones respecto a sus procesos de trabajo.

Los encuentros fueron coordinados por dos de las investigadoras, una la psicóloga residente, y la otra psicóloga del Servicio de Medicina Ocupacional de la institución. Un tercer investigador participó como observador, realizando registros sistemáticos en un diario de campo, que constituyó el principal instrumento de recolección de datos para el análisis. Aunque los encuentros fueron grabados, se optó por no utilizar ese material, considerando que el diario de campo resultaba más coherente con los principios de la cartografía y con la propuesta metodológica de la investigación. La grabación fue pensada inicialmente como un recurso complementario, pero no hubo transcripción ni uso de las grabaciones en el análisis.

El análisis del material fue orientado por los principios de la cartografía y por la concepción del grupo como dispositivo, comprendiendo los enunciados como inscritos en regímenes de enunciación (Barros, 1996). Considerando que esos enunciados operan múltiples sentidos y agenciamientos, los investigadores debían indagar: "¿Qué régimen de enunciación está en operación? ¿Con qué sentidos se produce este dispositivo?" (Barros, 1996). Durante el período de los encuentros, los investigadores se reunían semanalmente — cada dos grupos— para la lectura compartida del diario de campo. En estas reuniones, se realizaban añadidos de observaciones, relatos de afectaciones e impresiones, buscando sentidos posibles a los momentos y enunciados registrados. Al final del proceso, se discutieron colectivamente los ejes de desarrollo del análisis, con base en las temáticas que se repetían o se articulaban entre sí en términos de sentido y agenciamiento, privilegiando aquello que parecía movilizar con más intensidad al grupo y a las propias investigadoras.

¹Concepto utilizado en el PFST (Ministério da Saúde, 2011), el cual implica la corresponsabilidad y la participación de los trabajadores en la construcción de sus modos de trabajar.

²El PFST (Ministério da Saúde, 2011) propone el "análisis colectivo del trabajo" como herramienta de problematización e intervención sobre los procesos de trabajo.

Es un análisis implicado, que rechaza el distanciamiento de los enfoques objetivistas. Por el contrario, se inserta inmerso en la experiencia colectiva, reconociendo que todos los involucrados —incluso los investigadores— están atravesados por valores, deseos y expectativas (Passos & Barros, 2015). En la cartografía, el campo de análisis se distingue del campo de intervención, pero no se separa de él: los referentes teóricos no solo orientan la lectura, sino que también se actualizan y se traducen en las situaciones sociales concretas (Passos & Barros, 2015).

La devolución de los resultados también se realizó por etapas, desde las reflexiones que compusieron el transcurso de los encuentros hasta una devolución posterior, con los contenidos organizados para el equipo, con fines de validación y producción continua de efectos. Los resultados también fueron articulados con los profesionales de los Servicios de Salud Ocupacional y del Sector de Desarrollo Organizacional, con miras a la continuidad de las acciones en la Unidad.

La investigación fue conducida en conformidad con los principios éticos, habiéndose aplicado el Término de Consentimiento Libre e Informado, y fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del mencionado hospital, con registro en la Plataforma Brasil.³

Resultados y discusión

Ao trazer à tona os resultados deste estudo, Al apresentar los resultados de este estudio, enfrentamos el desafío de hacerlos accesibles y potencialmente útiles tanto para quienes participan en el campo de la investigación como para otros profesionales e interesados en el área. Cabe señalar, sin embargo, que, debido al número de participantes y al compromiso con la preservación de su anonimato, fue fundamental manejar con cuidado los datos registrados, evitando el uso directo de los discursos o la exposición de información que pudiera identificar a los profesionales.

Además, dado que el grupo es tomado como un dispositivo, los discursos fueron abordados

como producciones colectivas que activan modos de expresar la subjetividad, en un proceso desindividualizante (Barros, 2007). Es decir, los sentidos producidos en los discursos no fueron tratados como expresiones estrictamente personales o individuales, sino como efectos de relaciones, posicionamientos e influencias institucionales e históricas que operan en las prácticas cotidianas. Así, el énfasis recae menos en quién habla y más en lo que se produce en el encuentro.

En total, los grupos de análisis del trabajo contaron con 19 participantes, representando profesionales de las áreas de educación física, enfermería, higienización, medicina, nutrición, psicología y de la residencia multiprofesional (de los núcleos de educación física y psicología). Es relevante destacar que algunas áreas, como psicología, educación física y residencia multiprofesional, tuvieron una participación total de sus profesionales. Otras áreas, como nutrición e higienización, tuvieron una participación significativa en relación con el número de profesionales activos en la Unidad. Las áreas de administración y servicio social no contaron con la participación de ninguno de sus representantes.

A pesar de los temores de algunas jefaturas y, en ocasiones, de las investigadoras, en relación con la participación de los trabajadores en los grupos, en ninguno de los días el grupo estuvo vacío. Más aún, quienes asistieron demostraron una participación activa, lo que permitió que el grupo operara como un dispositivo dialógico y reflexivo. Incluso en temas delicados, momentos de tensión o emociones, los profesionales presentes contribuyeron a que el espacio fuera percibido como acogedor.

Los materiales producidos a lo largo de los encuentros fueron analizados y explorados colectivamente por los investigadores y, para la organización y el análisis más profundo de las discusiones, se elaboraron tres ejes temáticos: “el significante ‘Cuidado’”, “Cada uno en su cuadrado”, “Procesos multi: ampliando la dinámica Enfermería x Medicina”. A pesar de que el contenido de la discusión fue organizado de forma dividida, con el objetivo de una lectura más dinámica y comprensible, se percibe a lo largo del análisis la indisolubilidad de las temáticas.

³CAAE: 76897124.4.0000.5327

El significante “cuidado”

Dos de las preguntas tomadas como disparadoras para la investigación trataban sobre lo que los miembros del equipo percibían que se produce y lo que se pretende producir en la internación psiquiátrica. Más que saber, interesaba, en verdad, despertar estas reflexiones en los profesionales, las cuales tocan el sentido y la implicación de estos en el trabajo. La PNH ([Ministério da Saúde, 2003](#)) afirma la importancia del protagonismo y de la corresponsabilización de todos los sujetos del SUS, con el fin de lograr modos de trabajar más potentes y placenteros. Es decir, interesaba que los miembros del equipo pudieran preguntarse: ¿qué se produce aquí? ¿Es esto lo que entendemos que debemos producir? ¿De qué forma entiendo mi participación en esta producción?

De acuerdo con el PFST ([Ministério da Saúde, 2011](#)), es necesario que los trabajadores se cuestionen sobre lo que producen sus acciones y sus formas de afrontamientos cotidianos, para que, así, el grupo se constituya como un dispositivo potente de análisis e invención de nuevos modos de trabajo. Además, para [Pichon-Rivière \(1988\)](#), un equipo solo se constituye como grupo cuando está operando una tarea; por tanto, el objetivo o la finalidad es el elemento disparador del proceso grupal, por lo que es necesaria una apropiación de este proyecto colectivo, así como de aquello que dificulta su realización. Aunque la construcción de un espacio para el análisis colectivo del trabajo no garantizara que el grupo llegara a estas preguntas ni que encontraríamos respuestas para ellas, posibilitaría acercarnos a estas cuestiones al adentrarnos en discusiones sobre los procesos de trabajo.

Antes de la realización de los grupos, imaginábamos algunos significantes posibles como respuesta a las preguntas inicialmente elaboradas, tales como “salud mental”, “bienestar”, “estabilización”, “contención” y “disminución de síntomas”. Sin embargo, fue la palabra “cuidado” la que pronto emergió de los diálogos grupales, remitiendo a la función y al instrumento del trabajo. La frase “Estoy aquí para el cuidado” fue pronunciada por una profesional de enfermería y recibida sin extrañeza por los demás, generando una sensación de consenso.

Aunque “cuidado” no fuera un foco inicial, su presencia no es una novedad en el campo de la salud, donde muchas veces se utiliza como sinónimo de “atención” en materia de salud pública. [Merhy \(2002\)](#), una referencia en salud colectiva, discute ampliamente las tecnologías del cuidado, enfatizando que el objeto en el campo de la salud no es la cura o la promoción y protección de la salud, sino la producción del cuidado. [Franco & Merhy \(2013\)](#) clasifican las tecnologías del cuidado en “duras” (maquinarias y equipamientos), “leve-duras” (conocimientos técnicos) y “leves” (relacionales y subjetivas). [Almeida & Merhy \(2020\)](#) destacan que el cuidado en salud es un trabajo vivo y dinámico, que ocurre en los encuentros y desencuentros entre singularidades.

En el sentido común, el verbo “cuidar” remite a distintos significados, como ofrecer esmero; dar un tratamiento o buen trato; ocuparse de pensar o analizar; demostrar solicitud; prestar atención; proteger; preocuparse; vigilar... Así, hay una polisemia que abarca acciones identificables como semejantes o diferentes, pudiendo ubicarse entre dos polos de las prácticas de cuidado en salud. Es importante destacar que toda actividad de cuidado exige una negociación con el destinatario, guiada por parámetros éticos, explícitos o implícitos, incorporando el arte de cuidar con todo su instrumental técnico y humano ([Maia & Osorio, 2016](#)). Aunque el cuidado se asocie frecuentemente con la humanización, es crucial estar atentos a la alteridad; de lo contrario, puede producirse la anulación del sujeto que es cuidado, aun cuando el acto de cuidar persista. Por lo tanto, la relación entre las personas no es unidireccional, sino intercesora, reflejando el encuentro de singularidades y revelando tensiones que, en su micropolítica, configuran el cuidado en salud ([Merhy, 2002](#)). Dependiendo de cómo se gestionen esas tensiones, puede alcanzarse una humanización o una cosificación violenta, resultando frecuentemente en una mezcla de ambas, que puede no ser percibida por los actores involucrados ([Maia & Osorio, 2016](#)). Así, las autoras identifican dos polos en ese juego de fuerzas puesto en movimiento por la acción de cuidar, designados como intercesor e interceptor.

He ahí la cuestión: ¿de qué cuidado hablan los profesionales del equipo? ¿Qué cuidados son posibles y predominan en este territorio-unidad hospitalaria? A pesar de la polisemia de este significativo, las prácticas, técnicas o composiciones no eran explicitadas por los actores al referirse a sus funciones e intenciones de cuidado. En este sentido, la palabra parece haber sido utilizada de forma amplia, sin que fueran exploradas las múltiples posibilidades que abarca ni las disputas en torno a su significado. En algunos momentos, prestando atención a los extrañamientos en la escucha cartográfica, sospechamos que se referían a significados distintos: un “cuidado-vigilar-controlar” y otro que denominaremos “cuidado-otro”. Ante este escenario, y asumiendo, como investigadoras, el compromiso ético de operar como pasaje para desplazamientos y desnaturalizaciones (Costa, 2014), propusimos al grupo la reflexión sobre esas diferentes concepciones de cuidado, ofreciendo ejemplos que ilustraban la polisemia del término. Sin embargo, esta problematización no generó mayores reverberaciones ni profundizaciones, siendo rápidamente absorbida y (re)naturalizada, como sugiere la respuesta lacónica de una de las profesionales: “vigilar también es cuidar”, cerrando la problematización.

La naturalización de la (con) fusión entre los significados de cuidado en salud, donde asistencia y vigilancia se igualan, tiene relaciones genealógicas. Esta intersección se remonta a la modernidad, con la introducción de la tecnología política de la disciplina (Foucault, 1979). Los hospitales fueron moldeados por la separación, catalogación de los cuerpos y vigilancia constante, reflejando un modelo que fragmenta el cuerpo del enfermo (Chauí, 1982; Maia & Osorio, 2004). En ese contexto, el sujeto “cuidado” es expropiado de su propio cuerpo, reducido a dimensiones biológicas y deshumanizado (Maia & Osorio, 2004). Además, el cuidado hegemónico, fundamentado en la racionalidad científica, mantiene una relación interceptora con aquellos que buscan asistencia (Maia & Osorio, 2016). Particularmente en la psiquiatría, esta lógica es aún más evidente, donde la dominación se justifica por el certificado de sinrazón del enfermo, que llegaba a ser llamado “alienado”. Las prácticas históricas, como el “tratamiento moral” en los hospitales psiquiátricos, enfatizan el orden y el control, lo que

nos lleva a reconocer la micropolítica presente en el acto de cuidar, así como en el actuar en salud, donde Merhy (2002) ya señalaba la existencia de tensiones entre autonomía y control.

Una pregunta que nos parece relevante, considerando el contexto de una internación psiquiátrica, es cómo aplicar esta lógica en un ambiente donde se esperan garantías de vida para los sujetos internados, tanto desde el punto de vista jurídico como personal. Parece existir una contradicción que repercute en las prácticas profesionales, ya que uno de los deberes primordiales de la internación es garantizar la integridad y la vida de los pacientes, incluso cuando la razón de su internación es, precisamente, el deseo de morir. Además, muchos pacientes son internados involuntariamente, situación que implica, frecuentemente, familiares esperando un tipo de cuidado que, por encima de todo, asegure la vida. Por lo tanto, la institución debe comprometerse automáticamente con ese objetivo “mayor” durante el período en que el paciente permanezca en ella. Aunque no debería haber separación entre las demandas de los usuarios y los intereses de quienes dirigen las prácticas y la institución (Pagnano & Benelli, 2022), y pudiéramos pensar en la disminución del sufrimiento como objetivo común, es evidente que la tarea de conservar la vida se sobrepone.

Para ilustrar este problema, podemos considerar un incidente de intento de suicidio ocurrido en la Unidad el fin de semana anterior a los grupos de análisis. Este evento generó sentimientos de insuficiencia, frustración e incluso rabia entre los profesionales. Frases como “se nos fue de las manos” y cuestionamientos sobre el vínculo entre profesional y paciente, así como sobre la competencia del trabajo, surgieron, reflejando la percepción de un supuesto “acuerdo” con el paciente, un compromiso que, en realidad, nunca fue acordado. Este contexto nos lleva a cuestionar: ¿existen garantías en el acto de cuidar? Si debe haberlas, no solo por el deseo de los profesionales, sino también por el compromiso institucional que espera que se corresponda a una demanda unilateral, ¿de qué tipo de cuidado estamos hablando? En fin, ¿cómo podemos transitar por estos “cuidados”, considerando las contradicciones reveladas anteriormente?

Según [Feuerwerker](#) (2014), cualquier proceso de cuidado es un territorio permanente de disputas, que no deben (ni siquiera pueden) ser anuladas, sino explicitadas. Las tensiones son constitutivas del espacio institucional y siempre existe la posibilidad de captura, pero también pueden ser productivas, dependiendo de la innovación de los acuerdos. Además, podemos entender, como propone [Santos](#) (2020), que la polisemia del cuidado refleja la necesidad de un abordaje múltiple, ya que la demanda en salud mental es compleja y implica desplazamientos e infidelidades del entorno, exigiendo corresponsabilidad y colaboración entre los profesionales.

Pero ¿qué “cuidados-otros” ocurren y son posibles en esta Unidad? El vínculo fue frecuentemente destacado como un aspecto positivo del trabajo, con profesionales de nutrición resaltando la baja rotación de los pacientes, lo que permite una mayor aproximación, en comparación con otras unidades del hospital. Profesionales de la limpieza también comentaron que se sienten más humanizados en este ambiente. Sin embargo, ese vínculo parece ponerse en a prueba cuando los pacientes internados expresan deseos de muerte, como ocurrió en el caso del intento de suicidio abordado en uno de los encuentros.

Participantes del equipo de enfermería, por ejemplo, relataron la lucha constante por encender una “llama de esperanza” en aquel que es cuidado, planteando cuestionamientos como: “¿No fue suficiente?”, refiriéndose al esfuerzo invertido en aquellos que, aún así, atentan contra su propia vida. Se generó un debate en torno a la duda sobre la eficacia de ese vínculo, cuestionando si debería considerarse suficiente, teniendo en cuenta las condiciones de vida del paciente. Una profesional afirmó que “todo intento de suicidio es un pedido de auxilio”, sugiriendo que ese gesto es frecuentemente interpretado como un mensaje dirigido al equipo. Esta perspectiva sugiere un autocentramiento, partiendo de una sensación de omnipotencia y de hiperresponsabilización, en la que ser “suficiente” se confunde con ser competente hasta el punto de alejar al paciente de la idea de muerte. En consecuencia, los profesionales lidian con sentimientos de impotencia e incompetencia, además de una presión constante por evitar errores.

En ese contexto, cada palabra o acción adquiere un peso sobredimensionado, generando temores sobre su actuación. Una profesional de limpieza expresó ese temor al relatar que evita el contacto con los pacientes.

Tales sentimientos provocan una reflexión sobre los límites del trabajo en salud mental. Es apropiado decir que siempre hay algo que escapa a la capacidad atribuida ilusoriamente al profesional de salud mental, pues, aunque la sociedad proyecte y alimente una autoimagen de potencia, este poder le excede, al tener que responder a los desafíos asistenciales ([Pitta](#), 1996; [Vasconcellos](#), 2008). Investigadores como [Lambert & Barley](#) (2001) señalan que factores externos al tratamiento en psicoterapia, por ejemplo, influyen en un 40% de su éxito, mientras que las técnicas terapéuticas y la expectativa del paciente, solo en un 15%. Con estos datos, los autores destacan la importancia de la relación terapéutica, ya que representa el 30% de los factores de éxito. Sin embargo, si no reconocemos que gran parte de la mejora o el empeoramiento de un paciente, en realidad, nos excede, corremos el riesgo de sufrir con esta realidad y, eventualmente, evitar el involucramiento emocional.

Otro enunciado que merece profundización en las discusiones sobre los “cuidados-otros” fue la afirmación: “menos recreación, más medicación”, expresada por una profesional de enfermería en relación con la falta de profesionales, especialmente de educación física, durante los fines de semana. Estos profesionales son responsables de lo que históricamente se llamaba “recreación” de la Unidad, ahora denominado “espacio libre”, donde también se realizan grupos y talleres conducidos por los residentes de salud mental (psicología, educación física y enfermería). Esta afirmación puede verse como un llamado a la colaboración entre diferentes áreas y a la multiplicidad de cuidados. No obstante, es importante reflexionar sobre qué tipo de cuidado es promovido por el equipo de “recreación”. Aunque un profesional de ese espacio haya mencionado la incorporación de elementos de flexibilidad en un “espacio (más) libre” para los pacientes, nos parece fundamental investigar qué otras formas de cuidado están siendo producidas. Al fin y al cabo, la ausencia de estas posibilidades puede resultar no solo en límites para el cuidado — aspecto

ineludible, como ya se mencionó —, sino también en prácticas terapéuticas restringidas, en las que los recursos son percibidos por los profesionales como deficientes, agravando el sentimiento de insatisfacción con el trabajo. [Vasconcellos](#) (2008) resalta que la dificultad para lidiar con el sufrimiento y el dolor del otro probablemente se agrava cuando se tiene la concepción de que poco se puede hacer para resolver su demanda.

Durante la realización de los grupos, algunos trabajadores expresaron dudas sobre qué profesionales actúan “en la recreación”, relatando que aunque veían a esos profesionales “de paso”, no sabían a qué áreas pertenecían ni qué hacían exactamente. Preguntas como “¿son recreacionistas o de otras profesiones?” revelaron no solo el desconocimiento, sino también la curiosidad generada por las discusiones durante los encuentros.

Respecto a la percepción de limitaciones de las prácticas (¿o prácticas limitadas?), esta surgió también de otra forma, cuando más de un profesional se quejaba del tiempo dedicado a la realización de sus tareas burocráticas. Un comentario que surgió en este contexto fue: “casi no da tiempo de hacer otras cosas con los pacientes”. Pero, ¿qué otras cosas? ¿Qué cuidados les gustaría poder realizar? ¿Qué actores estarían involucrados?

A pesar de parecer existir una angustia resultante de un trabajo que poco sentido tiene, o que por poco tiempo lo tiene, las demandas burocráticas, así como el ritmo acelerado característico de los profesionales de salud, pueden volverse defensas para lidiar con el intenso sufrimiento ajeno. Este fenómeno es destacado por [Silva](#) (1998), que observa esta dinámica como parte de un proceso de desresponsabilización. Sobre todo porque, como los enunciados de los encuentros sugieren, hay en general una hiperresponsabilización individualizada por parte de los profesionales. Así, la implicación emocional y el vínculo con los pacientes generan una sensación de impotencia, acentuada por la creencia de que deben ser, individualmente, suficientes.

La complejidad de las emociones vivenciadas en el ambiente hospitalario y la lucha constante entre sensaciones agradables y desagradables implican

ajustes y estrategias defensivas por parte de los profesionales ([Pitta](#), 2016). Esta dinámica, sin embargo, no permea solo el cuidado prestado, sino que también se refleja en las relaciones entre los miembros del equipo. Tal aspecto fue observado en uno de los encuentros, en el que se abordó la temática del cuidado entre colegas y algunos profesionales se mostraron emotivos. Uno de los comentarios fue: “aquí la gente no se mira”, seguido de un cuestionamiento sobre cuánto los colegas están realmente implicados, como dicen, en lo “mejor” para los pacientes, considerando que son percibidos de forma tan distinta en las relaciones entre sí. Esta afirmación apunta a aspectos de las relaciones entre los miembros del equipo que pueden impactar la colaboración y el apoyo mutuo en el ambiente de trabajo.

[Clot](#) (2001) señala que, a pesar de que la racionalidad médica busca estandarizar el cuidado, invisibilizando las subjetivaciones implicadas en el acto de cuidar y tratándolas como irrelevantes, tales subjetivaciones son esenciales tanto para la realización de la actividad como para su análisis. Dicho esto, quizás sea importante retomar el concepto foucaultiano de cuidado de sí, teniendo en cuenta que el cuidado del otro pasa por el cuidado de sí como implicación ética. Como coloca [Maia](#) (2006), cuidado que encuentra tiempo para el cuerpo que siente, que no enferma también la libertad del paciente, que no se deja enfermar mientras cuida y, principalmente, cuidado que se crea y recrea en la experiencia, sin dejarse rigidizar por un ideal nunca alcanzable de un tiempo completamente marcado por la falta, de un espacio dividido por el control y de una vida despotenciada por la abstracción (p. 178).

Para [Foucault](#) (1984), el ejercicio del cuidado de sí implica una práctica continua de transformación, orientada a una administración de las dinámicas de poder, siempre presentes en las relaciones, en el sentido de la no-dominación. Pasa por el conocimiento de sí y por los juegos de verdad que atraviesan a los sujetos, buscando abdicar de las soberanías rígidas e identidades fijas. Se trata de una desterritorialización constante, de una ética de la libertad, de un compromiso con lo instituyente y de abrirse a las tensiones productivas del encuentro con el otro.

“Cada uno en su cuadrado”

En uno de los encuentros, una profesional de la higienización/limpieza, al relatar sus temores de interactuar con los pacientes por miedo a desencadenar consecuencias graves, utilizó la metáfora “cada uno en su cuadrado”. Esta expresión parece sintetizar algo cristalizado en el cotidiano de la Unidad, que surgió de diferentes formas en los discursos de los profesionales a lo largo de los encuentros, en relación a la fragmentación del trabajo y el distanciamiento entre los equipos. Profesionales de la nutrición, por ejemplo, mencionaron que perciben una falta de integración entre los equipos y un desconocimiento de los procesos de unos y otros. Comentaron que en otros espacios donde ya trabajaron, incluso en internaciones psiquiátricas, los equipos eran más unidos. La pregunta sobre quiénes son los profesionales de recreación, discutida anteriormente, revela tanto el desconocimiento como el deseo de conocer mejor otras áreas, algo que podemos hipotetizar fue provocado por el dispositivo grupal. Profesionales de esa área también revelaron que tenían la expectativa de que los encuentros serían una capacitación sobre el manejo de pacientes psiquiátricos, afirmando no tener esos conocimientos y que, por eso, se apoyan en su propia experiencia y en la colaboración del equipo de enfermería, especialmente durante el periodo en que se sirven las comidas – un momento crítico, ya que los pacientes tienen acceso a cubiertos. A pesar de ello, los participantes comentaron que no trabajan con miedo o tensión, mencionando confianza en los pacientes, quedando la sensación de que tal vez no podrían decir lo mismo del equipo, al no ser mencionado directamente.

Esa fragmentación, sin embargo, no puede ser vista solamente como una cuestión contingente o localizada, sino también como parte de un flujo histórico considerando las instituciones hospitalarias. Aunque el trabajo hospitalario exige un alto grado de colaboración entre los diferentes profesionales involucrados en la red de cuidado (Maia & Osorio, 2004), está marcado por soluciones individualizadas, corporativismo y competencia entre especialidades – algo que contrasta con el ideal de solidaridad y trabajo en equipo (Silva, 1998). Poersch et al. (2022), quienes también señalan las tensiones y disputas de poder en este contexto, se preguntan cómo cooperar entre cuerpos tan disciplinados ante la necesidad de un trabajo colectivo e inventivo.

Esa cuestión también aparece en las declaraciones de profesionales de enfermería que se quejan de la falta de información en los relevos de turno, por ejemplo, y de no sentirse escuchados (¿por quién?). Ahora bien, si el problema fuera solo informativo, probablemente no existiría el sentimiento de no ser oídos y de “siempre” tener que “repetir” (¿para quién?). Surge entonces la hipótesis de que el problema es la falta de construcción colectiva y de alineamiento entre los equipos. El trabajo fragmentado y alienado parece contribuir a que los profesionales resistan a lo que no tiene sentido para ellos, sea por desconocimiento de los caminos y procesos, o por desacuerdos no expresados. Relatos, en tono de desahogo, sobre altas que no comprenden e internaciones en las que hay desacuerdos, refuerzan esta percepción.

[Costa-Rosa](#) (2000) señala que, en instituciones con organigrama vertical como los hospitales, la organización del trabajo sigue un modelo de “línea de montaje”, lo que fragmenta las tareas y aliena a los profesionales de su propio trabajo. Además, el hospital opera por medio de “especialismos” basados en una racionalidad médica históricamente construida, donde cada grupo profesional lucha por el control de su territorio de competencia, evitando exponer su insuficiencia o lagunas de conocimiento ([Maia](#), 2006).

Otra declaración que llama la atención sobre la dinámica del trabajo en equipo – ¿o sería en “equipoS”? – es la de una profesional que expresó su deseo de trabajar más una determinada temática psicoeducativa con los pacientes, pero lamenta ser “solo una” en su función, entendiendo que esta atribución está condicionada a su presencia. Como solución ante esta concepción, justifica la implementación de una regla general para los pacientes, lo que facilita el proceso cotidiano, pero también dificulta un abordaje colectivo que contemple la singularidad de cada paciente. Esto parece resonar con lo ya expuesto en el eje del cuidado, sobre la sensación de los profesionales de necesitar ser suficientes individualmente, lo que se conecta con el mantenimiento de los equipos en “cuadrados”. Así, para que ninguna identidad borre a la otra, se crean reglas, límites bien definidos, que mantienen a profesionales y pacientes rígidamente encasillados.

En ese mismo encuentro, los participantes expresaron una reflexión sobre la falta de dilución o compartición de responsabilidades entre los equipos.

Una profesional relacionó ese individualismo con el burnout, y valoró la importancia del trabajo multiprofesional, destacando el potencial de un espacio como ese, donde hay profesionales de diferentes áreas actuando en el mismo lugar, mencionando sentirse con esa misión. No obstante, comentó que este abordaje es poco valorizado, y que se siente “remando contra la corriente” al insistir en oír las opiniones de otras áreas. [Poersch et al. \(2022\)](#), al discutir el trabajo hospitalario, mencionan que este es esencialmente colectivo, pero valorizado individualmente.

En otro momento, los participantes cuestionaron las “muchas reglas innecesarias” que componen la rutina de los pacientes. Al ser cuestionados de vuelta por las investigadoras sobre la función de esas reglas – entendiendo que lo que se instituye siempre cumple una función ([Baremlitt, 2002](#)) – una profesional respondió que ellas sirven justamente para evitar la discusión de los casos y de las circunstancias particulares. Según ella, “las personas no quieren dialogar, no saben cómo...” o, incluso, “no quieren que su saber sea cuestionado”, explicación que remite a la incomodidad de confrontar la propia insuficiencia o admitir la incompletitud de los saberes.

A lo largo de los encuentros de análisis, se comprendió una falta de colaboración entre los diferentes equipos, sin embargo, con frecuencia, la solución sugerida por gran parte de los profesionales pasaba por la creación de más espacios o herramientas para el traspaso de información. No obstante, como ya se mencionó, el problema parece ir más allá del simple intercambio de informaciones, pues, incluso con la comunicación establecida, muchos aún no se sienten escuchados. Se considera, entonces, la hipótesis de que lo que está en juego es la escasez de espacios de discusión y construcción conjunta. El exceso de reglas que permea la rutina de los pacientes – “justificadas” por los discursos psiquiátricos – así como el de espacios meramente informativos entre el/los equipo(s), pueden ser síntomas de un problema latente.

[Maia \(2006\)](#) observa que, aunque diversas características del proceso de trabajo en el hospital sean compartidas por todos los participantes de la red de cuidados, hay una multiplicidad de formas de entender “cómo debe hacerse”, que no

se armonizan en la coexistencia de numerosos protocolos, muchas veces ineficaces. El autor destaca la necesidad de flexibilidad en el trabajo hospitalario, de modo que las composiciones se mezclen y los acuerdos se renueven constantemente. Desde esa perspectiva, durante los encuentros se busca romper con la dicotomía entre autosuficiencia e impotencia, para abrir espacio a nuevos flujos y experiencias colectivas. A través, por ejemplo, de la rememoración de lo ya sabido, de que “cada profesional tiene su manera, y cada paciente también”.

Al retomar la historia y los procesos hospitalarios, percibimos la complejidad y las complicaciones de ese horizonte. Además, es necesario considerar los atravesamientos ideológicos de nuestro tiempo, siendo importante destacar una cultura que está estampada en la misión institucional y en las divulgaciones del hospital en cuestión: la de la excelencia. Una palabra (¡excelencia!) que es fácilmente asociada por los trabajadores a la institución a la que pertenecen, y consecuentemente a su trabajo, tuvo su lógica diseminada en las organizaciones, en los modelos de gestión y en la filosofía de la sociedad como un todo ([Ribeiro et al., 2024](#)). [Soboll & Horst \(2013\)](#) definen la ideología de la excelencia como un sistema de pensamiento dominante en el contexto social y laboral actual, que tiene como elementos estructurantes el individualismo y la superación de uno mismo y del otro, en una búsqueda interminable de éxito y de rendimientos cada vez mejores, asociados a resultados de alto desempeño (p. 227).

De esta forma, se constituye un escenario que sobrevalora al sujeto performático, con características heroicas, estimulado a la superación continua, convocado a ser un excelente colaborador y candidato a un lugar destacado en el ambiente organizacional ([Ribeiro et al., 2024](#)). Un lugar que, sin embargo, como señalan los autores, está disponible solo para quien ocupa el primer puesto, un podio que no puede ser compartido. Esta coyuntura se desdobra, obviamente, en dinámicas competitivas, en la fragilización del colectivo, entre otras repercusiones que favorecen sufrimientos psíquicos e incluso patologías. Para [Nardi \(2015\)](#), la exacerbación del individualismo y la competencia, junto con las altas exigencias laborales, propician enfermedades psíquicas, como por ejemplo el *síndrome de burnout*.

Volviendo al dispositivo grupal, en uno de los encuentros, diversos profesionales relataron sentimientos negativos, como miedo, e incluso síntomas físicos asociados a las reuniones de equipo que forman parte de la rutina de la Unidad, admitiendo que, en algunos momentos, necesitan buscar “lugares seguros” —¿refugio en sus respectivos “cuadrados”? Ante estos relatos, los participantes demostraron sensibilizarse unos con otros, e iniciaron una investigación colectiva sobre cómo hacer que esas reuniones fueran más “ligeras”. Algunos mencionaron que el tiempo de reunión, de apenas 20 minutos, era insuficiente para discusiones significativas. No obstante, al sugerirse aumentar el tiempo, una profesional comentó que “probablemente la gente se iría antes”. En ese punto, el grupo pareció darse cuenta de que los cambios no ocurrirían por decreto, ni se darían “de arriba hacia abajo”. Surgieron entonces propuestas de integración, como la idea de llevar comida a las reuniones. Además, se recordó la fiesta de San Juan (realizada el año anterior), como un momento de integración, flexibilización y ligereza, destacado como importante para el bienestar no solo de los pacientes, sino también del equipo.

Procesos Multi: ampliando la dinámica entre enfermería y medicina

Un dato importante para considerar es que la mayor participación en los encuentros, proporcionalmente, ocurrió entre profesionales de las llamadas áreas “de apoyo” y “multiprofesionales”, que están fuera del alcance tradicional de la enfermería y la medicina. A modo de aclaración, las áreas de apoyo generalmente comprenden sectores que brindan soporte indirecto al cuidado del paciente, garantizando las condiciones necesarias para la atención, como los equipos de higienización, nutrición (excepto el/la nutricionista clínico/a) y administración.

Las áreas denominadas multiprofesionales se refieren a los profesionales que actúan directamente en el cuidado del paciente, pero con enfoques complementarios a los de la medicina y la enfermería, contribuyendo a la integralidad de la atención, como psicólogos/as, profesionales de la educación física y trabajadores/as sociales. Aunque es importante observar que, en el contexto de esta Unidad, profesionales de las áreas de apoyo relataron mantener una relación más cotidiana y, en algunos casos, directa con los pacientes.

Esta dinámica fue ejemplificada en los relatos de técnicos/as en nutrición al destacar el vínculo establecido con los pacientes, favorecido tanto por la baja rotación de internaciones como por la interacción proporcionada en los momentos en que sirven y acompañan las comidas.

El modelo de organización del trabajo en salud con equipos multidisciplinarios comenzó en la década de 1970, período en el que se empezó a integrar a profesionales con diferentes formaciones y niveles educativos en el cuidado de la salud ([Peduzzi & Palma, 2000](#)). Tras la creación del SUS y del Programa de Salud de la Familia (PSF) en los años 90, esta organización se convirtió en un elemento estructurante del trabajo en equipo ([Gomes et al., 2007](#)). La propuesta del equipo multidisciplinario se fundamenta en la noción ampliada de salud, que exige una mirada igualmente amplia e integrada. Esta concepción, cada vez más reconocida y valorizada en la Salud Pública y en otras organizaciones contemporáneas, fue incorporada a las políticas públicas de Salud Mental, consolidándose como un elemento central para comprender la dinámica del trabajo en los servicios asistenciales ([Vasconcellos, 2008](#)).

Al considerar el campo de la Salud Mental, dado su carácter marcadamente multifacético, se evidencia la relevancia de implementar modelos que prioricen la multi e interdisciplinariedad. Las políticas públicas de Salud Mental, al adoptar estas perspectivas, han traído transformaciones significativas a los paradigmas y prácticas asistenciales, desafiando el predominio exclusivo del discurso psiquiátrico sobre la locura, y proponiendo un enfoque que reconoce y valora la complejidad epistemológica inherente a este campo ([Vasconcellos, 2008](#)). Sin embargo, cambios como estos no ocurren sin desafíos, los cuales se hicieron notar en nuestra intervención y se exploran a lo largo de esta discusión.

Un punto que nos parece importante mencionar es que, con la Reforma Psiquiátrica y el movimiento antimanicomial, además del cierre de diversos hospitales psiquiátricos, se produjo la reubicación de camas a unidades en hospitales generales, con el objetivo de promover un tratamiento más humanizado. Sin embargo, el hospital general se constituye, a su vez, como espacio del saber

biomédico por excelencia y escenario donde las jerarquías y disputas profesionales muchas veces se intensifican ([Silva, 2006](#)).

Pero ¿qué puede significar la mayor participación de estos equipos —que estamos nombrando como “multidisciplinarios” y “de apoyo”— en los encuentros para el análisis colectivo del trabajo? ¿Qué nos dicen sobre los deseos de los miembros del equipo? ¿Será casualidad que hayan sido estas áreas las que más se involucraron en la construcción de este espacio, es decir, en la mirada hacia los procesos de trabajo? ¿Podemos decir que son áreas que detentan menos poder en la Unidad? ¿O bien, que están compuestas por profesionales menos inmersos en la convivencia con los pacientes —sea porque fueron contratados más recientemente, porque no tienen dedicación exclusiva, o porque su asistencia es “menos” directa?

A pesar de la imposibilidad de responder a las preguntas planteadas, tomemos este efecto junto con otros producidos en los enunciados de nuestros encuentros como una oportunidad para explorar aspectos de las dinámicas de poder entre profesiones dentro de la Unidad y más allá de ella. Pues, a pesar de la menor participación de médicos y enfermeros/as, los discursos sobre estas áreas estuvieron presentes, de forma explícita o implícita, en las palabras de los miembros del equipo, tanto pertenecientes como no pertenecientes a estas categorías profesionales.

A través de algunas intervenciones de profesionales de enfermería y medicina, fue posible observar la existencia de conflictos entre ambas categorías. En este momento, optamos por no discriminar dichos específicos ni particularizar áreas, considerando la necesidad de cautela al tratar estas cuestiones, especialmente para preservar el anonimato de los participantes y mantener un enfoque constructivo. Lo que sí se percibió fue un discurso de queja de unos sobre los otros, haciéndose sentir a veces afectos como rabia y resentimiento. Además, fue notado, e incluso lamentado por una profesional, el “salpique” de estos desacuerdos, especialmente en la relación laboral con los residentes de medicina —posiblemente el “eslabón más débil” de esta dinámica.

Comprender los conflictos entre medicina y enfermería exige un análisis que vaya más allá de las relaciones interpersonales, explorando los aspectos estructurales, culturales y simbólicos que sostienen estas tensiones. Diversos estudios indican que esta relación está históricamente marcada por disputas de poder, manifestadas tanto en la organización del trabajo como en las representaciones sociales sobre los roles profesionales ([Oliveira et al., 2010](#); [Santos et al., 2015](#)). Según [Santos et al. \(2015\)](#), la construcción histórica de ambas profesiones ayudaría a explicar, en parte, los conflictos aún observados en las prácticas contemporáneas, sustentados por disputas de poder y por representaciones asimétricas entre las categorías. [Oliveira et al. \(2010\)](#), por su parte, destacan que, a pesar de la interdependencia en sus actuaciones, la constante proximidad entre médicos y enfermeros/as también conlleva un alto potencial de conflicto.

[Silva \(2006\)](#), en su investigación doctoral, busca comprender la relación tradicionalmente conflictiva entre médicos y enfermeras⁴ en el contexto hospitalario, profundizando en las raíces históricas y sociales que moldearon la construcción de ambas profesiones. Según la autora, la medicina es tradicionalmente vista como una profesión intelectual, mientras que la enfermería se asocia al cuidado, arrastrando a menudo vestigios de una herencia caritativa y religiosa. Esta distinción coloca a la enfermería como subsidiaria y dependiente de la medicina, contribuyendo a percepciones de desvalorización. Además, la autora señala el cruce de las relaciones de género en esta dinámica, con una enfermería mayoritariamente femenina, que enfrenta desafíos adicionales de reconocimiento y valorización en un entorno históricamente marcado por la masculinidad —aunque hoy en día simbólica— de la medicina.

Según [Silva \(2006\)](#), la jerarquía hospitalaria refuerza la división entre el trabajo intelectual y el técnico, lo que intensifica las tensiones relacionadas con las responsabilidades y la autonomía entre los profesionales. La autora también señala que el ejercicio del poder, a pesar de aparentar estabilidad, es dinámico y provoca descontento y

⁴La autora hace uso intencional de la marcación de género femenino para la enfermería y masculino para la medicina.

contestación constantes, aunque de forma implícita. [Silva](#) (2006) discute, además, que la enfermería busca un mayor reconocimiento en el contexto hospitalario al distanciarse de las tareas técnicas o “manuales”, orientándose hacia funciones de gestión y especialización, acercándose así al trabajo intelectual, tradicionalmente asociado a la medicina.

Como observa [Vasconcellos](#) (2008), ocurren disputas entre las más diversas categorías, dado el entorno jerarquizado que prioriza la autonomía profesional en detrimento de la interdependencia, en la cual se sostiene la hegemonía médica. Los equipos multiprofesionales, al basarse en principios ontológicos, metodológicos y teóricos distintos, convierten el espacio institucional en un lugar sujeto tanto a tensiones productivas —que favorecen la acción colectiva— como a conflictos y disputas entre sus diferentes proyectos. Sin embargo, en nuestra investigación, se percibe una hegemonía de la disputa entre medicina y enfermería, probablemente influenciada por los elementos ya mencionados.

Esta predominancia se identifica en los discursos de los propios profesionales de estas dos áreas, muchas veces dirigidos directamente unos a otros, lo que sugiere una centralización de sus cuestiones en este conflicto. Por otro lado, esta dinámica puede limitar las posibilidades de construcción con otros actores, que parecen quedar con menos espacio en los discursos sobre los procesos de la Unidad. Otras categorías profesionales también expresaron ideas hacia la medicina y la enfermería, reconociéndolas como las que detentan el poder en la Unidad. Una profesional de otra categoría ilustró esta percepción al relatar: “Aquí hay los separados, y hay los dominantes. La búsqueda de mi palabra tiene que prevalecer. Yo no tengo eso...”, haciendo referencia tanto a la fragmentación del equipo como a la dinámica de poder de estas dos categorías, las “dominantes”, mencionando incluso la reproducción de esta dinámica sobre las demás áreas profesionales.

Como señala [Silva](#) (2006) sobre el contexto hospitalario en su investigación, que algunos puntos son innegables: las relaciones laborales son competitivas y el trabajo está fragmentado; el concepto de salud se reduce a una digresión teórica que se concreta en la práctica como un conjunto de trabajadores restringidos a sus ocupaciones muy bien recortadas y definidas, siendo que, en el ejercicio de la salud, el control queda circunscrito al médico, mientras que a las enfermeras también les queda delimitado el papel de cuidar, remontando a cuestiones míticas de la medicina y de la enfermería (p. 22).

Frente a lo expuesto, se evidencia el desafío de construir un trabajo en equipo que sea realmente interdisciplinario, modalidad tan esencial para la atención en salud mental, incluso cuando diferentes áreas profesionales actúan en una misma unidad. En este contexto, nos parece relevante la clasificación propuesta por [Peduzzi](#) (2001) respecto a los equipos multidisciplinares en salud, en la que los divide en dos tipos: agrupamiento e integración.

En el equipo de agrupamiento, las acciones son independientes, aunque complementarias, garantizando plena autonomía técnica a cada área. En cambio, en el equipo de integración, las acciones están articuladas e interdependientes, existiendo una mayor colaboración y diálogo entre los agentes. De acuerdo con la autora, en ambas configuraciones están presentes tensiones relacionadas con las diferencias de concepciones y con las desigualdades en el valor atribuido y en la técnica de los trabajos especializados. Sin embargo, el equipo de integración se distingue por tener la construcción de consensos como horizonte ético, y se hace viable mediante la valorización de las especificidades técnicas, la flexibilidad en la división de tareas y la comunicación entre los profesionales ([Peduzzi](#), 2001).

Consideraciones finales

Al explorar los múltiples significados de la palabra intervención, L'Abbate (2012) enfatiza su relación con el verbo intervenir — es decir, "venir entre" —, y destaca el "venir" como una flexión del verbo ver (en portugués), señalando la condición de la mirada de un tercero que, al intervenir, compone con su visión. Fue, por lo tanto, con nuestra mirada que intervenimos y compusimos, junto a este territorio-grupo de la Unidad de Internación Psiquiátrica de Adultos. Poreso, no negamos la presencia de nuestras implicaciones, deseos y posiciones — profesionales, éticas, políticas —, que no dejaron de entrelazarse con las muchas líneas de historias cruzadas a cada momento de la investigación. Como cartógrafos, contaminamos y somos contaminados por aquello que investigamos, pues, más que simplemente explicar, buscamos, con nuestra mirada y escritura, multiplicar sentidos y posibilidades.

Nuestra intención era hacer operar, a través de los grupos para el "análisis colectivo del trabajo", un dispositivo analítico de los procesos de trabajo, protagonizado por los trabajadores que actúan en la Unidad de Internación Psiquiátrica en cuestión. La apuesta era que la experimentación de los encuentros pudiera potenciar estrategias inventivas, promoviendo así más salud en el trabajo. Amparados, principalmente, en la cartilla del PFST (Ministério da Saúde, 2011), adoptamos los grupos como camino, sin la pretensión ni la promesa de resolver todos los problemas, pero buscando el compartir de la responsabilidad y de las experiencias cotidianas.

El camino recorrido hasta el momento — un "medio" del camino continuo, como siempre lo es para la cartografía — nos permite afirmar que esta apuesta no fue solitaria. Contó con la presencia y la contribución activa de 19 miembros del equipo asistencial, provenientes de diferentes áreas profesionales, para construir los espacios grupales como dispositivo, en el sentido descrito por Barros (1996). Para la autora, un dispositivo es aquello que tensiona, moviliza lo que está cristalizado, desplaza hacia otros lugares, a partir de nuevas articulaciones y agenciamientos.

Aunque no podamos acompañar todos los efectos derivados de esta experiencia, y sabiendo que estos, incluso entre los visibles, no siguen una linealidad, varios de ellos pudieron percibirse durante y justo después de la realización de los grupos. Entre los más destacados, señalamos el (re)conocimiento entre los colegas, promoviendo relaciones más cercanas y humanizadas, con gestos concretos, como la acogida a una profesional que lloró durante un encuentro, y relatos de mayor cercanía e interacción cotidiana entre quienes participaron en la intervención. Los encuentros también abrieron espacio para cuestiones nunca antes formuladas entre los participantes, como preguntas sobre el trabajo de los colegas y discusiones sobre los procesos de trabajo y prácticas instituidas en la Unidad. Hubo, por ejemplo, el cuestionamiento sobre "reglas innecesarias" y el tiempo considerado insuficiente de las reuniones de equipo. Además, surgieron iniciativas creativas y colaborativas para resolver algunos de los problemas identificados, como la idea de incluir comida en las reuniones para alargarlas, y de organizar fiestas mensuales que involucraran a pacientes y equipo para fomentar mayor integración y "ligereza" — movimientos que evidenciaron la implicación de los profesionales en los cambios deseados para el ambiente laboral.

Tras la realización de los grupos, otros acontecimientos pueden señalarse como desarrollos de la intervención. Entre ellos, la iniciativa de una capacitación conjunta entre el área de enfermería y la de nutrición, con el objetivo de ampliar el conocimiento mutuo sobre los procesos de trabajo que se presentan interdependientes y de fomentar relaciones de colaboración entre los equipos — ya sea a través de la escucha sobre los procesos de trabajo de unos y otros, ya sea en la apuesta por una construcción colectiva de soluciones posibles frente a los impasses cotidianos de esta interfaz. Otra consecuencia importante fue el acercamiento del Servicio de Medicina Ocupacional con el equipo de la Unidad, lo cual se reveló especialmente significativo durante el periodo de las inundaciones en Rio Grande do Sul⁵, al poder mapear y ofrecer apoyo a los profesionales afectados. Este acercamiento se ha mantenido, con participaciones frecuentes en las reuniones de jefaturas orientadas a la elaboración del plan asistencial de la Unidad, colaborando con la articulación entre las diferentes áreas.

⁵Catástrofe climática ocurrida en Rio Grande do Sul (RS) entre los meses de abril y mayo de 2024, que provocó inundaciones y dejó a miles de personas sin hogar.

Partimos de la comprensión de que existe una complejidad y desafíos en el trabajo en Salud Mental realizado en el contexto de una internación psiquiátrica en un hospital general. La experiencia de cada profesional puede operar de manera que facilite el compartir de un proyecto asistencial y del imaginario de cambios, así como el proceso de elaboración de las incertidumbres y exigencias psíquicas que este trabajo produce (Vasconcellos, 2008). Además, con distintas áreas profesionales convocadas al cuidado en Salud Mental, Vasconcellos (2008) señala el desafío de construir un nuevo significado para el cuidado, concebido como más complejo y multifacético. Se revela una gran variabilidad en las formas de enfrentar las demandas asistenciales, cuya tentativa de estandarización, coincidimos con el autor, resulta inadecuada e indeseable. El ejercicio de cuidar en este contexto, como se exploró en los resultados de esta cartografía, atraviesa cuestiones de orden ética, y Vasconcellos (2008) añadiría, también, la faceta del arte, que considera predominante.

El hospital, siendo no solo un espacio de diversidad profesional, sino también de sufrimiento y angustia, con sus múltiples demandas y jerarquías, genera su propio campo de tensión, como señala Silva (2006). Sin embargo, el trabajo en salud depende de los afectos y del potencial productivo generados por las tensiones y disputas frente a la multiplicidad y lo diverso (Franco & Merhy, 2009). Aunque establecer diálogos interdisciplinarios sea un desafío en medio de una cultura posmoderna orientada hacia la excelencia, Silva (2006) propone además desarrollar un ambiente profesional propicio a nuevas interpretaciones y relaciones. El trabajo, como afirman Franco & Merhy (2009), no es una categoría aislada del contexto productivo y relacional. Se convierte en una dimensión activa de la realidad a partir de la acción de los sujetos, estructurándose como un proceso dinámico, siendo modificado y atravesado por múltiples intereses, tantos como los que interactúan en la actividad. Por lo tanto, como destacan los autores, los sujetos y sus acciones cotidianas deben ser puestos en análisis, buscando comprender los modos en que se produce el cuidado.

De este modo, el material producido a partir de nuestro campo de análisis, organizado en torno a los ejes "El significante 'Cuidado'", "Cada uno en su cuadrado" y "Procesos Multi: ampliando la dinámica Enfermería x Medicina", buscó ofrecer

posibilidades de conexión y comprensiones más profundas de los procesos observados en el campo de intervención. Nuestro análisis procuró rastrear las fuerzas y dinámicas presentes, identificando tanto los movimientos de reproducción como los de invención que atraviesan el campo, produciendo sus efectos. Al hacerlo, se creó la posibilidad de devolver los análisis al territorio de intervención, no solo con el objetivo de lograr una autocomprensión, ni de ofrecer explicaciones cerradas sobre los fenómenos, sino de producir desplazamientos en los procesos de subjetivación, desterritorializar, para abrir espacio a nuevas relaciones de fuerza y, así, nuevos efectos (Paulon & Romagnoli, 2010).

Se reconocen las limitaciones de este estudio, especialmente en lo que se refiere a la imposibilidad de generalizar sus resultados, ya que son irreproducibles; localizados en espacio y tiempo, y en constante proceso de diferenciación. Como investigación-intervención cartográfica, el objetivo no fue proponer verdades universales, sino producir saberes compartidos y situados, capaces de movilizar reflexiones y prácticas en el contexto específico investigado.

Por último, retomamos la cartilla del PFST (Ministério da Saúde, 2011), al comprender el trabajo como una fuente que puede tanto generar enfermedad como producir salud, dependiendo de la capacidad colectiva de lidiar con las variabilidades del medio y de reinventarlo. Los espacios promovidos con el equipo pudieron operar como dispositivos de análisis y reinención, permitiendo reflexiones colectivas sobre los procedimientos y dinámicas instituidas en el contexto de trabajo. Las contribuciones aquí presentadas evidencian la potencia del encuentro entre diferentes especialidades, que, mediante el proceso de trabajo, pudieron acercarse, implicarse y (re)conocer los diversos procesos que ocurren en la Unidad, produciendo, en última instancia, salud mental.

Contribuciones de los autores

Los autores declararon haber realizado contribuciones sustanciales al trabajo en términos de la concepción o el diseño de la investigación; de la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; y de la redacción o revisión crítica del contenido intelectual relevante. Todos los autores aprobaron la versión final que será publicada y acordaron asumir la responsabilidad pública por todos los aspectos del estudio.

Conflictos de interés

No se declaró ningún conflicto financiero, legal o político relacionado con terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) respecto a ningún aspecto del trabajo sometido (incluyendo, pero no limitado a subvenciones y financiamientos, participación en consejo asesor, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La Revista *Psicologia, Diversidade e Saúde* está indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



EBSCO



Referencias

- Almeida, S. A. de, & Merhy, E. E. (2020). Micropolítica del trabajo vivo en salud mental: composición por una ética antimanicomial en acto. *Revista Psicologia Política*, 20(47), 65–75. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100006
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* [Salud Mental y Atención Psicosocial]. (3ª ed.). Editora Fundação Oswaldo Cruz.
- Assunção, A. Á. (2011). Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde [Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud]. In C. M. Gomez, J. M. H. Machado, & P. G. L. Pena (Orgs.), *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea* (pp. 453–478). Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413654>
- Baremlitt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: Teoria e prática* [Compendio de análisis institucional y otras corrientes: Teoría y práctica] (5ª ed.). Editora Record.
- Barros, R. B. (1996). Dispositivo em ação: O grupo [Dispositivo en acción: El grupo]. *Cadernos de Subjetividade*, (número especial), 1–262.
- Barros, R. B. (2007). *Grupo: A afirmação de um simulacro* [Grupo: La afirmación de un simulacro]. UFRGS Editora.

- Chauí, M. (1982). *Cultura e democracia: O discurso competente e outras falas* [Cultura y democracia: El discurso competente y otras palabras]. Editora Moderna.
- Clot, Y. (2001). Clinique du travail, clinique du réel [Clínica do trabalho, clínica do real]. *Le Journal des Psychologues*, 185, 48–51.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir* [Trabajo y poder de actuar]. Fabrefactum.
- Costa, L. B. (2014). Cartografia: Uma outra forma de pesquisar [Cartografia: Otra forma de investigar]. *Revista Digital do Laboratório de Artes Visuais*, 7(2), 66–77. <https://doi.org/10.5902/1983734815111>
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar [El modo psicossocial: Un paradigma de las prácticas sustitutivas al modo asilar]. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141–168). Editora Fiocruz.
- Deleuze, G. (1996). O que é um dispositivo? [¿Qué es un dispositivo?]. In G. Deleuze, *O mistério de Ariana* (pp. 83–96). Veja.
- Escóssia, L., & Tedesco, S. (2015). Pista 5 - o coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 92–108). Sulina.
- Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: Produção do cuidado, gestão e formação* [Micropolítica y salud: Producción del cuidado, gestión y formación]. Editora Rede Unida.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder* [Microfísica del poder] (R. Machado, Trad.). Graal.
- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade: O cuidado de si* [Historia de la sexualidad: El cuidado de sí] (Vol. 3). Graal.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2013). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos reunidos* [Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: Textos reunidos]. Hucitec.
- Franco, T., & Merhy, E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva*, 5(2), 181–194. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_pt/58/?utm_source=digitalrepository.unm.edu%2F58&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages

- Gomes, R. S., Silva, F. H., Pinheiro, R., & Barros, M. E. B. (2007). Integralidade como princípio ético e formativo: Um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde [Integralidad como principio ético y formativo: Un ensayo sobre los valores éticos para estudios sobre el trabajo en equipo en la salud]. In R. Pinheiro, M. E. B. Barros, & R. A. Mattos (Orgs.), *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: Valores, saberes e práticas* (pp. 19–36). IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO.
- L'Abbate, S. (2012). Análise institucional e intervenção: Breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva [Análisis institucional e intervención: Breve referencia a la génesis social e histórica de una articulación y su aplicación en la Salud Colectiva]. *Mnemosine*, 8(1), 194–219. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41580>
- Lacaz, F. A. C. (2007). O campo saúde do trabalhador: Resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde [El campo salud del trabajador: Rescatando conocimientos y prácticas sobre las relaciones trabajo-salud]. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 757–766. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome [Resumen de la investigación sobre la relación terapéutica y el resultado de la psicoterapia]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Dispone sobre la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y redirige el modelo asistencial en salud mental]. *Presidência da República*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Lima, A., & Alvarenga Filho, J. R. (2018). La Potencia del Cuidado: una Experiencia en el Sistema Penitenciario de Pernambuco. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(Esp. 2), 117–130. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000211971>
- Maia, M. A. B. (2006). *O corpo invisível do trabalho: Cartografia dos processos de trabalho em saúde* [El cuerpo invisible del trabajo: Cartografía de los procesos de trabajo en salud] [Tesis de máster, Universidade Federal Fluminense]. Repositório Digital UFF. http://slab.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/05/2006_d_Miguel_A_B_Maia.pdf
- Maia, M. A. B., & Osorio, C. (2004). Trabalho em saúde em tempos de biopoder [Trabajo en salud en tiempos de biopoder]. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 56(1), 69–79. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672004000100007
- Maia, M. A. B., & Osorio, C. (2016). O trabalho do cuidado: Dimensão política, ética e estética [El trabajo del cuidado: Dimensión política, ética y estética]. In F. Amador, M. E. B. Barros, & T. M. Fonseca (Orgs.), *Clínicas do trabalho e paradigma estético*. Editora da UFRGS.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo* [Salud: La cartografía del trabajo vivo] (3ª ed.). Hucitec.
- Merçom, L. N., & Constantinidis, T. C. (2020). Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: Uma revisão integrativa [Procesos de trabajo y la salud mental de los trabajadores en los CAPS: Una revisión integradora]. *Contextos Clínicos*, 13(2), 666–695. <https://doi.org/10.4013/ctc.2020.132.14>
- Ministério da Saúde. (2003). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS* [Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión del SUS]. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2011). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Programa de formação em saúde do trabalhador* [Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión del SUS: Programa de formación en salud del trabajador]. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Nardi, C. H. (2015). Subjetividade e trabalho [Subjetividad y trabajo]. In P. F. Bendassolli & J. E. Borges-Andrade (Orgs.), *Dicionário de psicologia do trabalho e das organizações* (pp. 635–640). Casa do Psicólogo.

- Oliveira, A. M., Lemes, A. M., Machado, C. R., Silva, F. L., & Miranda, F. S. (2010). Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos [Relación entre enfermeros y médicos en hospital escuela: la perspectiva de los médicos]. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, 10, s433–s439. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600023>
- Pagnano, J. R. C., & Benelli, S. J. (2022). O hospital psiquiátrico como analisador da saúde mental: Desvelando as práticas institucionais [El hospital psiquiátrico como analizador de la salud mental: Revelando las prácticas institucionales]. *Revista Saber Acadêmico*, 31. https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20220621092911.pdf
- Passos, E., & Barros, R. B. (2015). Pista 1 - a cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17-31). Sulina.
- Paulon, S. M., & Romagnoli, R. C. (2010). Pesquisa-intervenção e cartografia: Melindres e meandros metodológicos [Investigación-intervención y cartografía: Susceptibilidades y recovecos metodológicos]. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 85–102. <https://doi.org/10.12957/epp.2010.9019>
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia [Equipo multiprofesional de salud: Concepto y tipología]. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103–109. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
- Peduzzi, M., & Palma, J. J. L. (2000). A equipe de saúde [El equipo de salud]. In L. B. Schraiber et al. (Orgs.), *Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica*. Hucitec.
- Pichon-Rivière, E. (1988). *Teoria do vínculo* [Teoría del vínculo]. Martins Fontes.
- Pitta, A. M. F. (1996). *Reabilitação psicossocial no Brasil* [Rehabilitación psicosocial en Brasil]. Hucitec.
- Pitta, A. M. F. (2016). *Hospital: Dor e morte como ofício* [Hospital: Dolor y muerte como oficio] (7ª ed.). Hucitec.
- Poersch, A. L., Cardozo, D. L., & Ramos, M. Z. (2022). Psicologia do trabalho: Intervenções de/em alta complexidade [Psicología del trabajo: Intervenciones de/en alta complejidad]. In C. S. S. Santos, D. L. Cardozo, & T. P. Hemesath (Orgs.), *Psicologia hospitalar na alta complexidade: Teoria, técnica e prática assistencial* (pp. 25–46). Appris Editora.
- Ribeiro, C. V. S., Ruza, F. M., & Costa, R. N. M. P. (2024). Trabalho, subjetividade e ideologia da excelência: Análises a partir de casos de profissionais da saúde e da educação superior [Trabajo, subjetividad e ideología de la excelencia: Análisis a partir de casos de profesionales de la salud y de la educación superior]. *Trabalho (En)Cena*, 9(Contínuo), e024029. <https://doi.org/10.20873/2526-1487e024029>
- Santos, L. S. (2020). *A polissemia do cuidado na saúde mental infantojuvenil* [La polisemia del cuidado en la salud mental infantojuvenil] [Tesis de grado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório Digital UFRGS. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/230841>
- Santos, P. S., Bernardes, A., Vasconcelos, R. M. A., & Santos, R. S. (2015). Relação entre médicos e enfermeiros do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes: a perspectiva do enfermeiro [Relación entre médicos y enfermeros del Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes: la perspectiva del enfermero]. *Revista Ciência E Estudos Acadêmicos De Medicina*, 1(04). <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/911>
- Silva, C. O. (1998). Trabalho e subjetividade no hospital geral [Trabajo y subjetividad en el hospital general]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(2), 26–33. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931998000200005>
- Silva, I. M. B. P. (2006). *A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar* [La relación conflictiva entre médicos y enfermeras en el contexto hospitalario] [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório Institucional da PUC-SP. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3735>
- Silva, N. R., Corrêa, K. C., Zimermano, S. C., & Silva, M. L. (2023). Síndrome de burnout em profissionais da área de saúde mental [Síndrome de burnout en profesionales del área de salud mental]. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(5), 2495–2508. <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/9848>
- Soboll, L. A. P., & Horst, A. C. (2013). Ideologia da excelência [Ideología de la excelencia]. In F. O. Vieira, A. M. Mendes, & Á. R. C. Merlo (Orgs.), *Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho* (pp. 225–230). Juruá.
- Vasconcellos, V. C. (2008). *A dinâmica do trabalho em saúde mental: Limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira* [La dinámica del trabajo en salud mental: Límites y posibilidades en la contemporaneidad y en el contexto de la reforma psiquiátrica brasileña] [Tesis de máster, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz]. Repositório Institucional Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5440>