

**INTERDISCIPLINARIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE:
PERSPECTIVAS DA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

**INTERDISCIPLINARITY AND TRANSDISCIPLINARITY:
PERSPECTIVES OF THE NETWORK OF CARE IN MENTAL
HEALTH**

**INTERDISCIPLINARIDAD Y TRANSDISCIPLINARIDAD:
PERSPECTIVAS DE LA RED DE CUIDADO EN SALUD MENTAL**

Allan de Aguiar Almeida¹
Maria Goretti Andrade Rodrigues²

Resumo

Este trabalho pretende discutir sobre os possíveis caminhos que podem colaborar na construção de uma Pesquisa em Ensino na Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua, RJ (Brasil). A necessidade de um efetivo matriciamento em saúde mental envolvendo o Centro de Atenção Psicossocial, as unidades da Estratégia de Saúde da Família, o Hospital Geral, além de setores da Assistência Social, Educação, Judiciário e outros mais, se mostra urgente e atual. Pesquisar e mapear as minúcias da rede apresenta-se fundamental para traçar os objetivos, bem como delinear discussões e trocas de saberes frente os nós e barreiras no que tange à saúde coletiva. Considerando que o pesquisador torna-se figura atuante no processo, a cartografia constitui-se método de investigação e mapeamento dessa imbricada rede de espaços que tendem a movimentos múltiplos e variados, de avanços e retrocessos, de tutelas e interlocuções. Busca-se assim o desenvolvimento de políticas educacionais de saúde e a criação de saberes interdisciplinares necessários para nortear outros olhares e perspectivas transdisciplinares em processos de ensino, transmissão e cuidados numa saúde ética, política e intersetorial.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Saúde Coletiva; Interdisciplinaridade; Intersetorialidade.

Abstract

This work intends to discuss about the possible ways that can collaborate in the construction of a Research in Teaching in the Network of Psicossocial Attention of the City of Santo Antônio de Pádua, RJ (Brasil). The need of an effective matrix support in mental health involving the Center of Psicossocial Attention, the units of Family Health Strategy, the General Hospital, beyond the sectors of Social Assistance, Education, Judiciary and others more, shows itself as urgent and current. Research and mapping the details of the network presents itself as fundamental to draw the objectives, as well as outline discussions and exchange of knowledge ahead the knots and barriers in what is tangencial to collective health. Considering that the researcher becomes the active figure in the process, the cartography constitutes itself as a method of investigation and mapping of this imbricate network os spaces that tend to multiple and various moves, of progress and setbacks, of custody and interlocutions. Our objective, therefore, the development of educational policies of health and the creation of interdisciplinary

¹Mestrando em Ensino pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Docente da Faculdade Santo Antônio de Pádua (FASAP). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2556-7567> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8818666614101631> E-mail: allanaguiaar@id.uff.br

²Doutora em Saúde Pública pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ). Docente do Programa de Pós-Graduação em Ensino da Universidade Federal Fluminense (UFF). Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3607-1946> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/392718926953090> E-mail: mariagoretti@id.uff.br

knowledge needed to guide other looks and transdisciplinary perspectives in the process of teaching, transmission and care in a ethical health, political and inter-sectorial health.

Keywords: Education in Health; Collective Health; Interdisciplinarity; Inter-sectorial.

Resumen

Este trabajo pretende discutir los posibles caminos que pueden colaborar en la construcción de una Investigación en Enseñanza de la Red de Atención Psicosocial del Municipio de San Antonio de Padua, Rio de Janeiro (Brasil). La necesidad de un efectivo matriciamiento en salud mental involucrando el Centro de Atención Psicosocial, las unidades de la Estrategia de Salud de la Familia, el Hospital General, además de sectores de la Asistencia Social, Educación, Judiciario y otros sectores más, se muestra urgente y actual. Investigar y mapear las minucias de la red se presenta como fundamental para trazar los objetivos, bien como para delinear discusiones e intercambios de saberes frente a los problemas y barreras referentes a la salud colectiva. Considerando que el investigador se torna figura actuante en el proceso, la cartografía se constituye en un método de investigación y mapeamiento de esta imbricada rede de espacios que tienden a movimientos múltiples y variados, de avances y retrocesos, de tutelas e interlocuciones. Se busca, así, el desarrollo de políticas educativas de salud y la creación de saberes interdisciplinarios necesarios para orientar otras miradas y perspectivas transdisciplinarias en procesos de enseñanza, transmisión y cuidados en una salud ética, política e intersectorial.

Palabras clave: Educación en Salud; Salud Colectiva; Interdisciplinaridade; Intersectorialidad.

Introdução

A pluralidade do campo da saúde permite a variação de várias falas, assim como de várias escutas do cotidiano e estar no campo da saúde mental torna necessário ter de trabalhar com práticas interdisciplinares e transdisciplinares. O real do cotidiano nos impõe reflexões e nos atinge na busca de soluções efetivas e éticas.

Ao pensar essa interdisciplinaridade, a troca de saberes e práticas diversas frente ao cuidado em saúde mental, se depara cada vez mais com a necessidade de um apoio matricial, dado que muitas são as categorias profissionais da área. Por isso a articulação entre Atenção Primária e Saúde Mental se faz como fundamental nesta pesquisa ao se pensar o cuidado compartilhado e a integralidade da saúde coletiva, discussão que acontece páginas à frente.

Mesmo com os paradigmas da reforma psiquiátrica, como a desinstitucionalização por exemplo, com toda a remodelação feita, chegar num hospital geral e ouvir de um profissional que *“O lugar desse pessoal não é aqui. Eles tinham que estar trancados em algum lugar... Tem que tirar essa gente daqui... eles dão muito trabalho...”* faz ter certeza que ainda se tem muito a avançar. Ainda em relação ao enclausuramento e às condutas iatrogênicas, ouve-se de uma mãe que o filho *“precisa é de internação longa... Ele não pode se tratar aqui no CAPS... Ele precisa de uma clínica... Ficar trancado lá por uns 6 meses, um ano... no mínimo”*. A palavra *“trancado”* reverbera e convoca ainda mais a intervenções.

Com estudantes, que possuem a psicologia como referência, que serão possivelmente futuros profissionais da área parece um tanto estranho ser questionado sobre *“Qual o melhor remédio? Qual o remédio mais moderno que se poderia tomar para resolver esses problemas com a família e com os vizinhos?”* Soluções biológicas e silenciadores são sonhadas quanto à resolutividade de problemas sociais.

Para o legislativo a ideia de *“fazer um projeto de lei para mandar botar grade ao redor...”* para evitar acidentes ou fugas ainda se mostra uma medida pensada como precondição de segurança face à ingênua periculosidade remetida àqueles com sofrimentos mentais. Tal situação não chegou a se configurar em legislação, mas o fato do CAPS se situar em uma ilha fluvial já disparou tais colocações entre vereadores que chegaram a veicular a ideia, conforme relato direto com a coordenação de saúde mental do município. Mesmo com as propostas e o solidificado trabalho de reinserção social, a estagiária de enfermagem questiona a liberdade e pergunta: *“Eles moram nessa casa aberta e não tem nenhum risco de saírem soltos pela cidade afora?”*. Na ponta da gestão, tentando entender o lugar de um Centro de Atenção Psicossocial pergunta-se *“O que é que eles fazem? E vocês[profissionais] fazem o quê, afinal?”*.

Frente aos problemas da vida, que compõem também dificuldades sociais e subjetivas, um pai angustiado afirma: *“Se dessem um tiro na cabeça dele, ou se ele se matasse... seria melhor... Pelo menos eu teria paz”*.

Este artigo surge a partir dessas e de outras tantas provocações do cotidiano e no enfrentamento de demandas variadas de pacientes, familiares, profissionais e instituições. As respostas silenciadoras, reducionistas e normativas, face aos dispositivos intersetoriais e a gama de saberes interdisciplinares produzem desconfortos e convidam a fazer pesquisas e produções discursivas de cuidado numa clínica que se proponha efetiva frente ao modo como lidamos com o sofrimento mental.

Enquanto psicólogos atuantes, no campo da educação e gestão, movidos pela lógica e pela ética de uma interlocução de saberes, faz-se necessário pensar a educação em saúde, as articulações entre o campo da Saúde Mental e o da Atenção Primária, assim como trabalhar a Saúde Coletiva naquilo que ela tem de mais rico pela vertente interdisciplinar e a intersetorial.

Pensar e prestar uma “Atenção Psicossocial” constitui-se em sustentar uma proposta de se haver com uma rede de cuidados com orientações diversas que por vezes

se conflitam, e reside em se deparar com questões que se renovam e se apresentam cotidianamente em vários campos do saber e do território. Como promover a cidadania de todos, enquanto se oferece uma clínica de cuidados singularizada, transdisciplinar e que abarque as mais variadas demandas e origens? Como fazer laços entre a gestão, a clínica e a política pública?

A loucura, o sofrimento humano, podem ser apreendidos por diferentes olhares, tempos e espaços, e todos os modelos teóricos não conseguem bem representá-la, deixando sempre indicada uma fenda, um ponto obscuro, ininteligível, e que escapa a qualquer representação possível. Eis o paradoxo que se faz frente a toda e qualquer ideia de sistematização que busque representar plenamente os fatos. Não se possui uma fala linear em nenhum dos campos discursivos, o que não seria diferente na saúde coletiva ou na saúde mental. Tais saberes não abarcam toda a complexidade do trabalho, principalmente quando não se fala a mesma língua, o que leva simplesmente a escolher a abordagem e os instrumentos que se julga melhor, e com isso, de preferência, se apodera de um justo compromisso ético. Daí a reflexão constante e necessária.

Quanto a um trabalho que se proponha ético, um norte seria os efeitos de ações e a não sustentação de ideais. Ao levar em consideração que há uma brecha entre o preceito e a ação, cuidar se mostra como uma ética das mais variáveis definições e significados inconstantes, que só podem ser medidos nos seus efeitos e consequências cotidianas. E assim questiona-se quais os princípios éticos que norteiam e se transmitem na assistência em saúde mental? Há propriamente elos de cuidado e uma real criação de saberes e modos de vida, ou há modos outros de enclausuramentos e controle?

Esta necessidade de pesquisar nasceu como estagiário do curso de graduação em psicologia da Universidade Federal Fluminense, nas rápidas e intensas manhãs de um Grupo Terapêutico de Bom Dia, com pacientes e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência, em Santo Antônio de Pádua, cidade do noroeste do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cresceu em outros CAPS, ambulatórios, serviços residenciais, hospitais gerais e psiquiátricos, na articulação com as leituras de Michel Foucault, Giles Deleuze, Felix Guattari, Franco Basaglia, Franco Rotelli, Manuel Desviat, Paulo Amarante e tantos outros mais, além de grandes colegas de percurso e formação.

Tomou forma ainda maior ao longo de um trabalho junto ao Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. O desejo era investigar as “Éticas, Discursos e a Clínica da Saúde Mental”, junto aos profissionais, que até então, compunham a equipe do Programa de Saúde Mental do Município de Santo Antônio de Pádua: Quais seriam os objetos, as ferramentas e os objetivos a visar um cuidado em saúde mental? Com o que trabalhariam, quais os instrumentos frente a este trabalho, e o que pretendariam alcançar? As respostas foram muitas, produziram mais questionamentos, indagações outras e ressoam até hoje.

O tema apresentado neste artigo vem dos conflitos cotidianos frente à gestão de serviços de saúde mental, e ao desafio de um real trabalho intersetorial ao mesmo tempo que transdisciplinar. Vem de falhas, perdas, quebra de ideais. Ressurge na docência superior em questionamentos próprios, de alunos e estagiários. O desconforto aqui convida necessariamente à análise da conjuntura social e da produção discursiva e pedagógica, assim como impõem ações e intervenções necessárias.

Esse artigo se localiza nos encontros e desencontros dos serviços de saúde, nas práticas discursivas do cuidado, e tem como objetivo geral discutir sobre os possíveis caminhos que podem colaborar na construção de uma Pesquisa em Ensino na Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua, RJ.

Como objetivo específico, buscamos elaborar um projeto de ensino e pesquisa através do matriciamento em Saúde Mental considerando as principais éticas do cuidado em saúde e como este cuidado toma a amplitude necessária para se promover uma interlocução de vários saberes e na integralidade do cuidado humanizado. Em nosso percurso também aparece como objetivo específico elaborar referenciais teórico-metodológicos no processo de ensino com alunos e estagiários de cursos técnicos, e de graduação que atuam na Rede de Atenção Psicossocial face à construção de uma consciência cidadã que articule clínica, ética e política.

Outro objetivo específico consiste em produzir conhecimentos qualificados sobre saúde coletiva através de ações e reflexões transdisciplinares, frente às ações fragmentárias e parciais do cotidiano e relatando as principais dificuldades na organização das várias redes e nos processos de gestão e planejamento local em saúde pública. A busca em abarcar os elementos socioculturais e educacionais na região a serem acionados, e até mesmo criados, a fim de favorecer a produção de conhecimentos,

e o desenvolvimento de processos de ensino a integrar as variadas esferas públicas e o compromisso com o social, apresenta-se como o quarto objetivo específico.

Perspectiva Metodológica

O esboço inicial deste trabalho convida a realização de um estudo no qual se trabalha com uma pesquisa intervenção, com participação intencional dos pesquisadores e dos sujeitos que são ao mesmo tempo objetos e sujeitos desta pesquisa. Os pesquisadores aqui estão em processo constante de investigação, são figuras dinâmicas, vivas, que fazem movimentos durante sua investigação. A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação (Passos; Kastrup & Escóssia, 2015).

O método cartográfico se apresenta como metodologia de trabalho, uma vez que os pesquisadores são figuras atuantes no processo de investigação, causando e sofrendo impactos em sua análise, dado que, por Deleuze (1988), não há um princípio de identidade entre o sujeito e o objeto, nem no sujeito nem no objeto.

Colocar lado a lado pesquisador e pesquisado, sujeito e objeto, sujeito e sujeito, pesquisa e mundo, considerando a força de interpelação e perturbação que esta atitude inclusiva provoca. Fazer de tal lateralidade menos um antagonismo do que a agonística que nos anima e força a pensar (Passos, Kastrup & Tedesco, 2013, p. 11).

O campo de trabalho e de investigação é necessariamente intersetorial e transdisciplinar ao abarcar usuários e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do município de Santo Antônio de Pádua, no Noroeste do Estado do Rio de Janeiro. Neste estágio da proposta, optou-se por uma pesquisa que avança no processo de revisão de literatura e de investigação clínico-institucional. O campo empírico vem se delineando ao longo do percurso, além muros e nas malhas das redes, metáfora utilizada nesse artigo para o cotidiano dos serviços.

A criação de “rodas de conversa”, espaços comuns de falas, onde as tensões do campo possam ser dialogadas, foi uma estratégia pensada para fazer emergir “analísadores”, no sentido que lhe dá Lourau (1993), que revelam situações que precisam vir à tona.

Como crítica a uma racionalidade estanque e hegemônica, Campos et al (2014) pensam no “Método da Roda” visando uma democratização organizacional através de coletivos, tendo como objetivos a oferta de bens e serviços, a participação de sujeitos no construir processos de trabalho e de saúde. Perpassado pelos saberes de diversas clínicas, pela administração, pela política, pela psicanálise, pela pedagogia, pela análise institucional e diversos outros, o Método Paidéia (Campos et al, 2014), busca ampliar o modo como lidamos com informações e saberes, como lidamos com nós mesmos, com as situações e contextos cotidianos. Sua contribuição se dá na tomada de decisões, tanto quanto nos estabelecimentos de compromissos e contratualidades por parte de todos os envolvidos (Campos et al, 2014).

Neste movimento das rodas de conversa é sinalizado um conjunto de mudanças na atenção e no cuidado em saúde na via de uma responsabilização, ampliação de práticas e ações interdisciplinares, não fragmentando, nem tendenciando o cuidado, não obrigatoriamente direcionado para a pura e perigosa medicalização iatrogênica dos corpos.

Saindo de uma lógica das urgências, de um paradigma biomédico, de padronização e protocolos estanques, ao invés de se enxergar os limites dos nossos diversos arranjos e saberes, faz-se necessário pensar soluções e tomar para si a construção de uma interdisciplinaridade se faz como o cerne de um trabalho intersetorial de equipes, um verdadeiro trabalho de redes.

Esse artigo apresenta os impactos iniciais do trabalhador da saúde mental com as lentes do cartógrafo, são trazidas reverberações teóricas de intensas vivências na prática.

A Diversidade do Campo da Saúde Mental

No Brasil, os anos 1970 se apresentaram como a origem de todo o movimento da reforma psiquiátrica, a partir de ideais e valores próprios frente a uma política de Estado que se marcava por um autoritarismo aliado a uma ineficácia na assistência pública. A década de 1980 foi marcada por uma ampliação, um aprimoramento técnico, com ressalvas para o asilo e o ambulatório, o que culminou para a criação de serviços baseados numa lógica territorial. Nos anos 1990 estabeleceram e instituíram-se o modelo de assistência em saúde mental, com a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, como organizadores do modelo de cuidado, além de uma diversificação de

serviços e dispositivos para a criação de uma rede de instituições a acolher os portadores de algum sofrimento psíquico, seja ele em quais níveis fossem. No ano de 1996 criou-se em Santo Antônio de Pádua um CAPS (Rodrigues, 1999).

Os anos 2000 mostram uma mudança no nível das políticas públicas, onde a promulgação da Lei nº 10.216 e da Portaria nº 336 trouxeram diretrizes legais e um aumento da rede pública de cuidados em saúde mental: serviços comunitários abertos e regionalizados fazendo parte da atual proposta dos dispositivos, que não mais enfatizam a lógica hospitalocêntrica para aqueles que necessitam de cuidados no campo psiquiátrico, mas uma clínica ampliada, aberta, viva. Assim, a rede de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde visa a garantia de acesso ao tratamento, um sistema universal e que responda às mais variadas necessidades e demandas (Brasil, 2001).

O trabalho na rede de saúde mental é assim atravessado pelas diretrizes de uma política pública enquanto elemento orientador, e geral, assim como pelas particularidades e especificidades de cada clínica, de cada discurso, de cada caso. Transformou-se uma ação setorial em política de Estado, um modelo hospitalar em um modelo comunitário:

Cabe ainda evocar uma ética da responsabilidade, aquela que fala do ‘tomar a si a responsabilidade de tratar’, não do delegar a outrem o que por lei está dado aos profissionais, e negociar a tutela quando a razão do louco se impuser aos desmandos dos agentes da sociedade. Discutir condutas humanas pertinentes numa sociedade de cidadãos implica num permanente exercício sobre a transitoriedade de situações e diagnósticos (Pitta, 2001, p.103).

Deste modo, há uma resposta social onde alguém tem de fazer valer seus direitos, seja o direito ao tratamento, cuidados quanto aos arranjos cotidianos e necessários. Assim defende-se também que as condições de sobrevivência devem estar adequadas às suas próprias limitações, onde cuidar é dever do Estado.

Silva (2005) aponta que a atenção psicossocial envolve diferentes procedimentos: seja a mediação das trocas sociais no sentido de aumentar a contratualidade do sujeito, seja propiciar um melhor gerenciamento de si, enfatizando uma melhor autonomia, ou então, poder tornar-se referência a fim de se garantir um vínculo de confiança e assim uma continuidade no tratamento.

Almeida (2012) argumenta que os serviços comunitários em saúde mental integram redes de apoio ao sujeito, trazendo uma noção de mobilidade no território. Não aguardariam as demandas espontâneas do sujeito, por intervirem direta e politicamente no contexto simbólico da comunidade, construindo de algum modo uma relação contratual com o sujeito, e a partir desse, com todo o tecido social.

A atenção psicossocial é um campo que se constrói a partir de uma interdisciplinaridade de saberes e profissionais, assim como com um saber leigo de familiares e da comunidade enquanto um todo. Uma das vias do trabalho se dá em aumentar as possibilidades de contratualidade no social, ao mesmo que minimizando os excessos do sofrimento psíquico (Almeida, 2012, p. 20).

Deste modo, há uma resposta social onde alguém tem de fazer valer seus direitos, seja o direito ao tratamento, cuidados quanto aos arranjos cotidianos e necessários. Assim defende-se também que as condições de sobrevivência devem estar adequadas às suas próprias limitações, onde cuidar é dever do Estado.

É ressaltado pelo autor que a reforma psiquiátrica diz respeito a uma profunda mudança nas políticas públicas em saúde mental ao dar ênfase ao atendimento comunitário em detrimento à lógica hospitalocêntrica, e ainda que o redirecionamento assistencial do hospital para a comunidade não se dá apenas pela via de uma simples transposição, mas faz-se por toda uma desmontagem de saberes e práticas específicas, exigindo assim novos modos de sociabilidade, e de produção de saberes e valor social (Almeida, 2012).

No campo da saúde mental tais parcerias e redes de suporte social são alguns dos modos de atenção diferentes da internação, do fármaco ou do silenciamento advindo do sofrimento psíquico. Agenciar, partilhar, negociar e delegar cuidados aos profissionais, à vizinhança, e aos usuários são práticas concernentes ao campo da saúde mental, dessa permanente construção de redes (Almeida, 2012, p. 22).

Os limites, soluções, diversificações e impasses das instituições públicas de saúde, que são criadas e ao mesmo tempo ameaçadas pelo descaso das autoridades, dos profissionais e até da população que é usuária, fazem parte do cotidiano dos serviços. Uma das maneiras de se construir e se exercer uma política de saúde que se proponha pública se dá por meio de ações a organizar um conjunto comum de atos a integrar

programas que vão do Ministério da Saúde, passando pelas secretarias Estaduais e Municipais até chegar aos profissionais e usuários dos serviços.

Rodrigues (1999) narra que objetivando um maior atendimento, no Município de Santo Antônio de Pádua – RJ, em 1992 deu-se a origem de um movimento para a implantação de um programa de Saúde Mental, para além da internação onde:

O CAPS Ilha da Convivência, além de ser um lugar de tratamento, que visa produzir importantes modificações nas existências psicóticas e no sofrimento dos neuróticos graves, é também um local de convívio social e cultural. Dentro deste, doença mental tenta ser encarada diferentemente de um mal obscuro que afeta as pessoas, embora considerando-a como enigma, encerrando uma imensa dimensão da dor humana, o problema da solução-cura é entendido tendo de se transformar em produção de vida, de sentido e de sociabilidade. No processo de tratamento procuramos articular os referenciais e paradigmas teóricos advindos de pesquisas junto a trabalhos similares que apresentam alto índice de melhoria de qualidade de vida dos usuários com a diversidade e pluralidade que o campo apresenta (Rodrigues. 1999, p. 223).

Garcia (2002) propõe deste modo, o conceito de “saúde a ser inventada”, na qual há um sujeito que comparece a partir de sua singularidade, e não de leis gerais, universais, domesticadoras ou normativas. Deve-se estar atento pois o ato de cuidar nos exige estar implicados não por um exercício de um saber-poder, mas de estar destituídos de qualquer ordem de uma identificação, mera domesticação ou adaptação institucional.

Frente aos desafios de um trabalho amplo e necessário, o Ministério da Saúde passou a destacar a importância de uma articulação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental a fim de viabilizar o acesso à saúde e a qualificação dos cuidados. Dentro deste cenário, surge o projeto Humaniza SUS, que inclui elementos essenciais no cuidado.

Para se chegar a uma Rede de Atenção Psicossocial que alcance os objetivos da ampliação do cuidado pensa-se no matriciamento, que se efetua através do suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas a uma equipe interdisciplinar. Esse apoio tem como intuito ampliar o campo de atuação dessas equipes e qualificar suas ações no território. Assim, “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011, p. 13).

O apoio matricial deve apresentar um cuidado colaborativo e coletivo entre a saúde mental e a atenção primária, e essa relação amplia a possibilidade de realizar uma clínica ampliada e a integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões:

Portanto, o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção de conhecimento (Ministério da Saúde, 2011, p. 16).

Por vezes, os sistemas de saúde, que deveriam ser de acesso universal, insistem em se organizar de forma hierárquica, burocrática, de modo iatrogênico, protocolar, puramente mecanicista, não respondendo às demandas plurais, criando situações a agravar o que se toma por uma integralidade em saúde e por autênticas linhas de cuidado. E assim os impasses no cotidiano provocam a necessidade de se pensar o ensino e a transmissão da clínica.

Em fevereiro de 2019, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, lançou a Nota Técnica Nº 11/2019 fazendo alterações contrárias à reforma psiquiátrica na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, com novas ações para o suposto fortalecimentos da RAPS (Brasil, 2019).

Nesta nota técnica apresentaram uma série de alterações estabelecidas como uma “Nova” Política de Saúde Mental onde o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento (Brasil, 2019). O CAPS não é mais considerado modelo substitutivo ao modelo manicomial. A eletroconvulsoterapia vem resgatada como método de tratamento viável e modernizado, os Serviços Residenciais Terapêuticos e os Serviços Hospitalares de Referência em Saúde Mental são redefinidos quanto ao seu funcionamento (Brasil, 2019). A política de drogas passa a privilegiar o modelo da abstinência e não mais o de redução de danos, vindo reforçar a política proibicionista, além de fortalecer o ideário fechado das Comunidades Terapêuticas. Além da possibilidade de internação de crianças e adolescentes como intervenção possível e cabível (Brasil, 2019).

A nota técnica fez ressurgir novamente a ênfase num modelo de tratamento hospitalocêntrico, biomédico, de redefinições de competências, de reajustes na gestão e

no custeio, por um viés de “aprimoramento” e “embasadas em evidências científicas”. A construção de uma reforma sanitária e psiquiátrica, de anos de uma clínica mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada se vê convertida em ações de interesse de mercado e do capital privado.

A transmissão de um ensino e a troca de saberes frente aos impasses atuais mostram ser inseparáveis: o conhecer e o fazer, o pesquisar e o intervir.

Interdisciplinaridades e Transdisciplinaridades

São identificadas três linhas de pensamento no campo da saúde mental brasileira: a psiquiatria biológica, a psiquiatria guiada pela reforma italiana e a psiquiatria influenciada pela psicanálise (Bezerra, 1999). O autor destaca que estas não são unívocas, apresentando cada uma delas concepções e práticas rígidas e dogmáticas, por vezes abertas à cooperação com outros saberes. A partir dessa leitura, Almeida (2012, p. 10) pontua que “a dificuldade de um discurso possível entre si, estimula um tipo de disputa pela legitimidade ética, onde cada perspectiva mostra uma concretude apenas no modo de se apresentar superior às outras”.

De acordo com Costa (2001), são três os tipos de conceitos de ética, modos de exercício da ética na assistência em saúde mental, estes que vão se caracterizar por analogias e diferenças, fronteiras e transições: uma ética da tutela, uma ética da interlocução e outra, a ética da ação social.

A partir de um olhar interdisciplinar, Costa (2001) também pensar numa ética dos cuidados, que não visa formular preceitos, mas que é prescritiva quando diz que nada do que se faz pode atentar contra a integridade do semelhante.

Essa postura ética possível, de uma ética dos cuidados, pode ser chamada como um novo lugar, frente à apropriação, partilha e integração de saberes e conceitos plurais. Aquele que sofre é um sujeito e não um corpo, daí o fundamental lugar da linguagem e do cuidado frente à investigação destes processos de tratamento, não enquanto uma manifestação patológica codificável ou coisificada, tampouco mero sinal de correção, ajuste ou resposta rápida, mas como espaço de possibilidades de se mostrar a dimensão de uma queixa que particularize o pedido de ajuda. A linguagem aqui deve ser ouvida por toda essa gama de profissionais a compor uma equipe na disponibilidade de se haver com situações não previstas e soluções a serem descobertas ou inventadas.

Porém, a medicalização vem a ser o principal, se não o único elemento norteador do tratamento, assim como a supressão dos sintomas a qualquer custo, seja por parte dos profissionais ou mesmo pelas demandas dos próprios usuários. Burocratizando as práticas em saúde mental o lugar da psiquiatria se destaca na constante e incessante prescrição e consumo de fármacos, na elaboração de receitas e laudos como a principal e mais rápida terapêutica. Desconsideram assim todos os trabalhos possíveis e todas as corresponsabilidades com outras áreas e saberes como a psicologia, a enfermagem, o serviço social, a terapia ocupacional, a fisioterapia, familiares, assim como os outros recursos intersetoriais do território.

O lugar do diagnóstico, a prescrição do fármaco tendo como objetivo controlar o comportamento, centra-se apenas na racionalidade biomédica, no adoecer e no atendimento individual, desconsiderando toda a perspectiva da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde. A resolução das crises encontra na medicação seu aporte.

O tratar em saúde mental, as lógicas do cuidado pedem e privilegiam a coletividade no espaço territorial, a intersetorialidade e a inclusão do sujeito em seu meio, enfatizam a lógica interdisciplinar. O objetivo passa pela sustentação de um modelo de atenção, onde o cuidado do usuário passa necessariamente pelo seu contexto existencial, na construção de vínculos, considerando as soluções e as problemáticas de sua dinâmica sócio-familiar.

Tomando a interdisciplinaridade enquanto uma atitude de ousadia rumo ao ato de conhecer, Fazenda (2008, p. 96.) afirma que podemos questionar o lugar dos profissionais e professores e também o “das diferentes esferas da sociedade necessitadas de rever as exigências dos diferentes tipos de sociedades capitalistas onde o cotidiano das atividades profissionais deslocam-se para situações complexas para as quais as disciplinas convencionais não se encontram adequadamente preparadas”. A autora afirma que a interdisciplinaridade na formação e na práxis profissional vem ao encontro com as demandas cotidianas a exigir a articulação de uma tríade de saberes, que são, disciplinares, técnicos e teóricos que não sigam hierarquizações ou linearidades (2008, p. 99). Ao se pensar as conceituações plurais a autora vai defender que:

Quem habita o território da interdisciplinaridade não pode prescindir dos estudos transdisciplinares. O cuidado construído arduamente nos dois territórios precisa ser devidamente respeitado em suas limitações, mas principalmente nas inúmeras

possibilidades que se abrem para uma educação diferenciada onde o caráter humano se evidencia (Fazenda, 2008, p 102.).

Frigotto (2008, p. 44), ao tratar da interdisciplinaridade como uma necessidade pontua que, se o processo do conhecimento venha a nos impor a delimitação de um problema, isso não significa que teremos de deixar as múltiplas determinações que o constituem. O autor ainda nos adverte que o trabalho interdisciplinar deve acontecer a partir de se transcender o empiricismo e o positivismo culturalmente herdados, assim como nos implica a atuar dentro da dialética do velho e do novo a fim de permitir a socialização do processo de conhecimento e da construção de relações a romper com os ditames da alienação e da exclusão.

Na perspectiva do ensino pode-se pensar que uma clínica transdisciplinar é uma construção que se dá na atitude de explorar vizinhanças, tomada como metáfora para os dispositivos da rede no território, e outros saberes com o objetivo de encontrar ou construir estratégias:

A transdisciplinaridade, pensada a partir da filosofia de Deleuze/Spinoza, é, assim, o acolhimento da multiplicidade. Quanto mais encontros fizermos, mais possibilidades experimentaremos, podendo atingir uma crescente complexidade, tanto no que diz respeito ao corpo quanto à mente. Para Spinoza, afeto diz respeito à variação de potência: na alegria, pensamos e agimos melhor, na tristeza, somos menos inteligentes e mais fracos. A complexidade é uma das facetas da transdisciplinaridade e diz respeito ao acesso ao plano do comum ou da multidão: diferentes campos do saber, diferentes aproximações com relação a um mesmo fenômeno, contribuem para uma complexificação das concepções sobre esse fenômeno. Essa complexificação atende à expansão da vida e da potência humanas (Rauter, 2015, p. 51).

A perspectiva da clínica transdisciplinar é atravessada pela multiplicidade, esta que deve ser captada pela via da invenção e da criação.

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos (Guattari, 1986, p. 96).

A clínica da saúde mental está na interface de composição de saberes da saúde coletiva, do contexto neoliberal, das ciências biológicas, das ciências humanas e sociais. Uma clínica ampliada, que se proponha interdisciplinar, se constrói numa artesanaria de

saberes que exige pensar seus objetivos e finalidades para além de uma produção de saúde.

Uma clínica ampliada, que também contribua para uma produção de autonomia dos sujeitos, uma ampliação da capacidade de autocuidado, de compreensão de si e dos processos de saúde e adoecimento, e que estabeleça compromissos e contratos sociais e subjetivos. De acordo com Amaral e Campos (2007, p.853), “a prática clínica necessita de uma nova semiologia e de uma nova terapêutica; parte desses conhecimentos pode ser buscada na Saúde Coletiva, na Pedagogia, Psicologia, Antropologia, Ciências Sociais e Políticas e, até mesmo, em noções de Gestão e de Planejamento”.

A terapêutica, nesse processo, não se restringe às consultas, aos fármacos e às intervenções biológicas apenas, mas vai ao encontro também do poder da linguagem, da escuta, da educação em saúde e do suporte psicossocial. Nesse processo de autonomia e autocuidado, o trabalho em equipe interdisciplinar, fatores subjetivos e a clínica compartilhada assumem a postura de transformar o paciente em agente ativo de cuidado de sua própria existência.

Nenhuma especialidade de modo isolado pode oferecer uma abordagem integral no campo do cuidado, e assim um apoio matricial e o suporte de equipes de referência se dão como metodologias de trabalho e rearranjos em saúde a objetivar possibilidade de uma clínica verdadeiramente ampliada e dialógica a articular diferentes especialidades, profissões e saberes.

O termo matriz carrega vários sentidos; por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Pois bem, o emprego desse nome – matricial – indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde (Campos & Domitti, 2007, p.402).

A ideia de apoio baseia-se na transversalidade dialógica entre profissionais de referência e especialistas, não numa relação de autoridade ou verticalidade, mas naquilo que pode surgir de novo. Pensando aqui numa gestão clínica reafirmamos as possibilidades de sustentar um sistema compartilhado de responsabilidades integrando

vários espaços, setores, unidades e profissionais frente à construção de um efetivo projeto terapêutico.

Quanto de a noção de transdisciplinaridade, Gallo (2000, p. 32) afirma que a transversalidade “seria a matriz da mobilidade por entre os liames do rizoma, abandonando os verticalismos e horizontalismos que vemos no paradigma da árvore, substituindo-os por um fluxo que pode tomar qualquer direção, sem nenhuma hierarquia definida de antemão”.

Cabe considerar também que o trabalho pela via da interdisciplinaridade exige de nós profissionais uma certa predisposição subjetiva a se lidar com as críticas, dificuldades, resistências a outros saberes e compartilhamento das decisões. Isso principalmente quando se está inserido numa cultura neoliberal que tanto valoriza uma autonomia individualista, a tomada rápida de decisões de modo dinâmico, centralizado e definitivo.

Mesmo com a racionalidade biomédica, há os entraves e as soluções sociais, assim como os aspectos da subjetividade, todos muito bem entrelaçados e necessários de se conjugar. A clínica ampliada nos desafia a lidar com essa incrível variabilidade de fatores e de recursos no manejo cotidiano de cada caso, seja ele pensado pelo viés coletivo ou individual.

Considerações finais

No noroeste do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, aconteceu o fechamento da Clínica de Repouso Bom Jesus do Itabapoana durante a segunda década do século XXI, e agora? O movimento da Reforma Psiquiátrica, com a construção de espaços abertos e territoriais do cuidado exigiu e ainda muito exige a constante reconstrução dos saberes cotidianos, remodelando a cidade e o fazer clínico. O cuidado, a atenção, o apoio, o estar lado a lado se fazem fundamentais nos fortalecimentos dos laços.

A partir das situações cotidianas buscou-se mostrar essa clínica atravessada pela estratégia dos Centros de Atenção Psicossocial, da Atenção Primária, da rua e dos olhares. A pesquisa surge com os encontros, desencontros e suas implicações ao se pensar o rearranjo constante e vivo dos vários fios, pontos e nós das redes de atenção psicossocial. Em meio a olhares normativos, judicializações, universalismos e imposições construímos um trabalho sustentando que a mudança da forma de cuidado

se dá pelo respaldo de outros paradigmas de saúde para além de uma tutela do Estado ou simples suporte assistencial, mas por interlocuções e possibilidades dialógicas de encontros e afetos.

Como perspectiva futura, propomos “rodas de conversa”, a criação de um espaço comum de fala entre diferentes dispositivos da rede, onde as tensões do campo possam ser dialogadas.

Nada é mais transversal que um acontecimento analisador e eles nos surgem a todo o momento da prática clínica e institucional. Aparece na fala assustada de um profissional ao questionar “*como um CAPS pode e consegue funcionar sem psiquiatra por 6 meses?*”, aparece nas constantes faltas dos profissionais que dizem “*não tenho tempo*” para as reuniões intersetoriais da Rede de Atenção Psicossocial. Analisadores aparecem nas falas normativas dos corredores: “*trabalho cumprido: já foram pegos, atendidos, medicados e estão quietos agora*”, acontece no pátio, na fala do jovem paciente que pergunta se “*eu vou ser esquizofrênico para sempre?* Assim como na afirmação de outro paciente que, quando questionado sobre seu diagnóstico, diz: “*eu sou gente*”.

Como viés metodológico lançamos mão da Cartografia e sua dimensão rizomática de abertura ao pesquisador. Os desafios, as implicações cotidianas, a necessidade de outros olhares, escutas, tempos e espaços nos convocam a todo momento a tecer redes efetivas e afetivas de trabalho que conjuguem a saúde coletiva em suas variáveis dimensões.

O objetivo não é excluir os saberes e movimentos de cada uma das disciplinas, mas sim construir elos de agenciamentos, não nos deixando tomar por seus congelamentos estanques e fronteiras. A interdisciplinaridade como movimento necessário e inter-relacional das diversas disciplinas, se mostra como uma busca de superar o processo histórico e epistemológico de abstração e cerceamento do conhecimento, dado não darmos conta da diversidade de questionamentos e busca de soluções que a própria realidade nos impõe.

Seja na gestão ou na atuação direta nos encontros de uma clínica ampliada, este movimento se faz necessário na ruptura dos limites estanques das disciplinas e dos especialismos, para se pensar nos aspectos transdisciplinares da produção de saúde e de outros modos de subjetivação: nas equipes, nos sujeitos, nas cidades. Deste modo,

pensar esta rede nos implica em descolar das relações protocolares, tanto quanto, tomar posições éticas e políticas de funcionamento amplo no território.

A partir de processos interdisciplinares, de situações clínicas e de analisadores, faz-se com que a estrutura da organização possa vir a toma, se apresente e se revele, propiciando as necessárias rupturas e intervenções. Cartografar do Centro de Atenção para a Rede Psicossocial é apostar nesse processo transdisciplinar e dialógico, tanto como apostar na partilha de responsabilidades tomando o trabalho em sua vertente criativa, plural e promotora de diferença.

Referências

- Almeida, Allan de Aguiar. (2012). *Éticas, Discursos e a Clínica da Saúde Mental*. Monografia apresentada ao Instituto de Psiquiatria-IPUB/UFRJ, como requisito final do Curso de Especialização em Saúde Mental, do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM). Rio de Janeiro.
- Amarante, Paulo; Pitta, Ana.; Oliveira, Walter. (2018). *Patologização e Medicalização da Vida: Epistemologia e Política*. 1ed. São Paulo: Zagodoni.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Lei nº 10.216, *Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001*. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). *Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*. <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> (acessado em 19/Mar/2020).
- Bezerra Júnior, Benilton. (1999). A Diversidade do campo Psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação. In *Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano: Cadernos do IPUB*, vol. XIV p. 135 – 144.
- Campos, G. W. D. S., Figueiredo, M. D., Pereira Júnior, N., & Castro, C. P. D. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 983-995.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa, & Amaral, Márcia Aparecida do. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 849-859.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa, & Domitti, Ana Carla. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Costa, Jurandir Freire, As Éticas da Psiquiatria em: Figueiredo, Ana Cristina; Silva Filho, João Ferreira (Org.). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 2001.

- Fazenda, Ivani Catarina Arantes. (2008). Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade na formação de Professores. *Ideação Revista do Centro de Educação e Letras*. Unioeste, Campus Foz do Iguaçu, v. 10 - nº 1 - p. 93-103.
- Figueiredo, Ana Cristina; Silva Filho, João Ferreira (2001). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks.
- Foucault, Michel. (2000) *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*. Editora Vozes. Petrópolis, RJ.
- Frigotto, Gaudêncio. (2008). A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas Ciências Sociais. *Ideação Revista do Centro de Educação e Letras*. Unioeste, Campus Foz do Iguaçu, v. 10 - nº 1 - p. 93-103, 1º sem.
- Gallo Silvio. (1999). Transversalidade e educação: pensando uma educação não-disciplinar. In: Alves NE, Garcia RL, organizadores. *O sentido da escola*. Rio de Janeiro: DPA. p.17-41.
- Garcia, Célio. (2002). Saber e ciência: psicanálise, saúde pública e saúde mental. In: *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, n. 21.
- Guattari, Félix & Rolnik, Suely. (2007). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Guattari, Félix. (1986). *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. Tradução de Suely Rolnik. 3. ed. São Paulo: Brasiliense.
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ.
- Rauter, Cristina. (2015). Clínica Transdisciplinar: afirmação da multiplicidade em Deleuze/Spinoza. *Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência*. Rio de Janeiro, vol. 8, n. 1, p.45-56.
- Rodrigues, Maria Goretti Andrade. (1999). Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência; In *Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano: Cadernos do IPUB*, vol. XIV p. 223 – 230.
- Silva, Martinho Braga Batista (2005). Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(1):127-150.
- Passos, Eduardo.; Kastrup, Virgínia.; Escóssia, Liliana. (2015). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade/orgs*. Porto Alegre: Sulina. p.207.
- Passos, Eduardo; Kastrup, Virgínia; Tedesco, Silvia. (2013). Editorial. *Fractal, Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 217-219.
- Pitta, Ana Maria Fernandes. Ética e Assistência em Psiquiatria. Em Figueiredo, Ana Cristina; Silva Filho, João Ferreira (Org.). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 2001.

Recebido: 30/11/2019

Aceito: 05/04/2020

Publicado: 17/12/2021

NOTA:

Os autores foram responsáveis pela concepção do artigo, pela análise e interpretação dos dados, pela redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito e, ainda, pela aprovação da versão final publicada.