



# O TRABALHO COM O OUTRO: INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE/SAÚDE MENTAL

## THE WORK WITH THE OTHER: INTERDISCIPLINARITY IN HEALTH/MENTAL HEALTH

**Elaine Rosner Silveira**

Psicóloga. Psicanalista. Doutoranda em Educação

Correspondência

CAPS AD Glória Cruzeiro Cristal: Rua Moab Caldas, 400, Área 13, 2º andar.  
Bairro Santa Tereza. Porto Alegre - RS - CEP 90880-310  
E-mail: rosil@portoweb.com.br

### RESUMO

Este trabalho aborda a separação existente entre saúde mental e saúde e tematiza a interdisciplinaridade - dificuldades e possibilidades para sua realização. As dificuldades maiores são as diferentes subjetivações profissionais, com diferentes formas de ver, dizer e julgar a saúde, a doença, o sintoma, o tratamento, etc. As possibilidades se encontram no próprio exercício cotidiano da clínica e também numa abertura à alteridade com o outro profissional e o paciente, e uma percepção da limitação de qualquer área para lidar sozinha com a complexidade das situações. Também são importantes noções-chave que propiciam a interdisciplinaridade: a ideia psicanalítica de que é na atenção à particularidade dos casos que se humaniza o atendimento; que a linguagem singular é que articula o bio psico social e possibilita reconhecer a posição do sujeito em relação ao outro e nortear a direção do tratamento; a ideia de construir o caso coletivamente em equipe a partir dos impasses dos pacientes e impasses dos profissionais; do não-sabido, etc. A ideia iluminista de um saber Todo não parece auxiliar muito na construção da relação entre saberes: é mais interessante apostar na construção de noções transversais às diferentes áreas.

### PALAVRAS-CHAVE

Saúde mental. Saúde. Comunicação interdisciplinar. Psicanálise.

### ABSTRACT

This work addresses the separation between mental health and health and approaches interdisciplinarity - difficulties and possibilities for their completion. The major difficulties are the different professional subjectivations, with different ways of seeing, saying, and judging health, disease, symptoms, treatment, etc. The possibilities are in the daily performance of the clinic and also in an opening to alterity with the other professional and patient, and a perception of the limitation in any area in order to deal alone with complex situations. The following are also important key concepts that provide interdisciplinarity: the idea that psychotherapy is in the care of the peculiarity of the cases that humanizes the care, that the singular language is the one that articulates the biopsychosocial and enables us to recognize the subject's position in relation to the other and to guide the direction of treatment, the idea of building the case together as a team from the impasses of the patients and professionals, the non-knowledge, etc. The Enlightenment idea of a knowledge of the Whole does not seem to help much in building the relationship between knowledges, but is more interesting to focus on building cross terms to the different areas.

### KEY WORDS

Mental health. Health. Interdisciplinary communication. Psychoanalysis.

## SAÚDE MENTAL E SAÚDE - UMA HISTÓRICA SEPARAÇÃO

Embora a saúde mental faça parte da saúde mais ampla, comumente as práticas em saúde não incluem a saúde mental entre suas ações e a saúde mental, com frequência, fica delimitada aos serviços especializados (ambulatórios, CAPS, etc.). Na rede básica, é comum os profissionais atenderem um leque diversificado de situações como desnutrição infantil, hipertensão em adulto, diabetes, etc., mas não incluem a saúde mental como parte deste leque. Também observa-se que falta uma aproximação entre as ações voltadas para a diabetes, a saúde da mulher, a criança, o adolescente, por exemplo, e a saúde mental, tanto no planejamento dos programas e políticas quanto na execução da assistência. Desta forma as ações e o cuidado em saúde com frequência acontecem de forma compartimentada, fracionando o sujeito que é atendido em pedaços, cada pedaço para um serviço, ou para um programa, ou um profissional, etc., gerando uma parcelização técnico-burocrática do trabalho.

Quanto a esta não articulação, e defendendo a importância de articular saúde mental e saúde, há um documento elaborado pela Organização Mundial da Saúde intitulado "Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001), que considera que comumente a saúde mental é ignorada e negligenciada pelos serviços e pelos governos, diferentemente da saúde física, e que "sabemos hoje que a maioria das doenças mentais e físicas é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE,

2001, p. 28). Este relatório refere que fatores sociais como a urbanização desenfreada, pobreza, desemprego, violência, desigualdade social e rápidas transformações tecnológicas têm também efeitos sobre o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais. E a nova concepção a que alude o título do documento é a de que saúde mental e saúde física são inseparáveis, que uma influencia a outra, e que a saúde mental, os sentimentos<sup>1</sup> e pensamentos, são tão importantes quanto a saúde física. E, conforme o documento, essa compreensão traz nova esperança aos mentalmente enfermos. Segundo este material, a ciência moderna considera conveniente para fins de discussão separar a saúde mental da física, mas esse documento considera que isto é "uma ficção criada pela linguagem" da ciência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p. 32). Este relatório conclama os governos dos países a se responsabilizarem pela saúde mental, tanto quanto pela saúde física, e propõe estratégias aos países para a integração do tratamento e dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde e na atenção primária, entendendo ser esta uma forma exequível de abordar a saúde mental pelo prisma da saúde pública, e de não separação entre saúde física e saúde mental.

Embora este documento da OMS considere esta ideia de integração como uma nova concepção esta ideia já vem sendo proposta há algum tempo em documentos internacionais, como a Declaração de Caracas (1990), que propunha a aproximação dos programas de saúde mental e psiquiatria do atendimento primário de saúde. A insistência dessa proposta de articulação entre saúde mental e saúde faz pensar que provavelmente ela não tenha conseguido ainda se efetivar em muitos países, sis-

<sup>1</sup> Ligados aos fatores psicológicos, cita a importância do relacionamento com os pais e outros provedores durante a infância para o desenvolvimento da linguagem, intelecto e regulação emocional, que crianças privadas de afeto têm mais probabilidades de manifestar transtornos mentais e comportamentais. E o comportamento humano é configurado em parte pelas interações com o ambiente, é aprendido. E que pessoas que falam de seus problemas com outras têm menos probabilidade de manifestar ansiedade ou depressão do que as que não falam.

temas de saúde e instituições de saúde, ou não tenha encontrado os meios para se efetivar. Ou talvez, ainda, que as ferramentas conceituais que utilizamos, que muitas vezes separam e dicotomizam o mental/psíquico e o físico, não estejam auxiliando a pensar a relação entre esses elementos.

Há, atualmente, nas propostas do Ministério da Saúde, em diferentes políticas e programas, uma forte ênfase na busca de inter-relacionar áreas, saberes e instituições bem como na não hierarquização de serviços e saberes, muito influenciadas pela área de Saúde Coletiva. Os esforços voltam-se à valorização dos diferentes conhecimentos, à organização do trabalho de forma horizontal, à formulação de um modelo de articulação dos serviços em rede e não em pirâmide. Autores da Saúde Coletiva como Cecílio (2006) e Ceccim e Capazzolo (2004) reafirmam o princípio do SUS, de integralidade, e criticam o modelo biomédico que valoriza os aspectos biológicos na interpretação do processo saúde/doença, em detrimento dos aspectos psíquicos e sociais, que centra a atenção nos hospitais e emergências em detrimento da rede de saúde como um todo (que inclui rede básica e rede especializada), que organiza a rede e os saberes de forma hierárquica e burocratizada. Estes autores citam a importância da interdisciplinaridade e da intersectorialidade. Interdisciplinaridade e intersectorialidade me parecem ser, ambas, interdisciplinaridade: a primeira no âmbito interno do serviço de saúde, entre diferentes saberes e profissões, e a segunda no âmbito inter-institucional, abrangendo ações com instituições que não são da saúde, mas que se deparam com problemas comuns a esta - como a educação, a assistência social, a justiça e outras.

A ideia de integrar saúde mental e saúde física é verificável também no termo integra-

lidade, presente em vários documentos e programas do Ministério da Saúde e na expressão bio psico social encontrada em muitos artigos na área de saúde como relacionada à integralidade, ou no uso da expressão "físico, mental e social".

No documento de fundação da Organização Mundial da Saúde, de 1946, que serve de referência para vários outros na saúde, consta o princípio que define a saúde como "um completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade". O mérito desta definição está em apontar outras áreas que não só a biológica para pensar a saúde, de apontar para a interdisciplinaridade e de não restringir a saúde à ausência de enfermidade. Mas esta ideia de completo bem-estar é passível de reflexão, alguns psicanalistas consideram um imperativo impossível (MILLER, 1999), um ideal de total equilíbrio e uma promessa de felicidade difíceis de alcançar. Dá a ideia de algo constante, ininterrupto e imutável, que não condiz com a realidade da vida. Miller<sup>2</sup> (1999) considera que esta ideia de mental acaba equivalendo o mental a um órgão e este pode existir em qualquer ser vivo animal desde que tenha o aparato sensorial em funcionamento. O modelo de saúde mental do humano não é o mesmo do animal, segundo o autor, o ambiente do homem não tem nada de natural, está tomado pelo social e estruturado pela linguagem e por direitos e deveres.

Aqui o ponto não é aceitar ou não a definição da OMS e a ideia de mental nela contida, mas problematizar estas definições que norteiam muitas políticas e programas em saúde. Para o psicanalista País (1996) o modelo bio psico social vê o homem como formado por esferas distintas, mas não articuladas e este modelo não diz o que une estas esferas. Já para a psicanálise, segundo o autor, a linguagem é que

<sup>2</sup> Muitos psicanalistas adotam uma postura crítica em relação ao pensamento de Jacques-Alain Miller, entre os quais me incluo. Utilizo esta referência por julgá-la adequada para a linha de raciocínio que aqui desenvolvo.

articula o bio psico social, pois o homem se constitui no simbólico, no campo dos significantes. Qualquer função corporal biológica está inserida em relações simbólicas e em laços sociais e culturais juntamente com os aspectos da história singular de cada caso.

No Brasil há várias iniciativas no sentido de integrar a saúde mental à saúde e evitar esta fragmentação, o Apoio Matricial é uma delas. O Apoio Matricial é a proposta de aproximar os profissionais de diferentes serviços especializados (não só o de saúde mental, mas inclusive este) dos profissionais da rede básica. Na área de saúde mental, o Apoio Matricial visa fornecer um "suporte técnico" - conforme documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 80) - às ações básicas, bem como de compartilhar responsabilidades pelos casos e, também, de estimular a "interdisciplinaridade e a ampliação da clínica", que significa "o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso" (BRASIL, 2004, p. 80).

Então, o tema da interdisciplinaridade mostra-se presente em vários documentos, em programas e propostas, bem como a ideia de tentar superar a fragmentação na saúde, inclusive na relação com a saúde mental. E é sobre este tema que pretendo me deter agora.

## **SUBJETIVAÇÕES E INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE**

Na modernidade, com o surgimento da ciência, surgem também as disciplinas, recorrendo o campo do conhecimento, a ciência e as disciplinas são indissociáveis. As teorias explicativas das disciplinas científicas, expressas como enunciados de verdade, têm efeitos de ordenação e constituição da realidade social (LUZ, 1988), e também ordenação das práticas assistenciais, se pensarmos na área da

saúde. Para Veiga-Neto (1995) as disciplinas surgiram para regular e controlar os discursos, bem como para distribuir poder e constituir os sujeitos da modernidade; para o autor, elas não são uma necessidade epistemológica nem ontológica, mas uma contingência histórica.

Com as disciplinas criam-se também as fronteiras entre as disciplinas, cada qual com sua delimitação de objeto e de metodologia, ao mesmo tempo que acontece o aprofundamento e complexificação do conhecimento em cada área. Tudo isso gera também, concomitantemente, uma certa fragmentação e incomunicabilidade entre as áreas. Havendo diferenciação e pluralidade teórica inclusive dentro das disciplinas, estas não são monolíticas.

Em cada área de saber e de atuação profissional, há um processo de subjetivação durante a formação, o profissional aprende uma linguagem, um modo de ver, um modo de dizer e um modo de julgar as coisas (LARROSA, 2002), além de um modo de ser e de se portar. Cada prática terapêutica na área da saúde toma como natural e evidente o modo como vê e entende o sujeito, o sintoma, a doença, o tratamento, etc. não percebe que fabrica os sujeitos sobre os quais trabalha nem os profissionais que constitui, ou seja, não percebe que produz subjetividades. E cada um desses modos de ver e proceder tem efeitos diferentes sobre o sujeito e seus sintomas.

Por isso, é bastante comum entre os profissionais de equipes multiprofissionais uma dificuldade inicial de entendimento em função dessas diferentes subjetivações, diferentes linguagens e perspectivas. Há uma "incomensurabilidade, incomunicabilidade e incongruência" entre estes diversos pontos de vista, segundo Fleck (1986 apud MATOS; GONÇALVES; RAMOS, 2005, p. 385).

São variadas as concepções de ser humano, saúde, doença e sociedade entre profissionais da saúde, então o que há de comum en-

tre estas diferentes áreas da saúde e como produzir elementos comuns que propiciem o trabalho conjunto dentro de uma instituição ou de uma equipe?

Todo profissional da saúde, nas diferentes áreas, tem uma formação e habilitação técnica para a clínica e para a assistência, aprende conhecimentos para avaliação e intervenção em situações de adoecimento. E, hoje em dia, as práticas em saúde comumente acontecem dentro de serviços e de equipes, reunindo diferentes profissionais em torno da assistência. Então, pode-se dizer que é comum aos diferentes profissionais de saúde a clínica e o trabalho em equipe. E também que o próprio exercício da clínica cotidiana é o que permite a interdisciplina, a conversa entre as áreas como a psicologia, a psiquiatria, a clínica geral, a psicanálise, a terapia ocupacional, etc.

Na saúde mental, por exemplo, a psicanálise, a psiquiatria e a psicologia possuem éticas diferenciadas, segundo Monseny (2001), mas todas trabalham com o real da clínica, o que o autor entende que favorece o diálogo entre estas diferentes clínicas, embora elas sejam respostas distintas ante o mesmo real. E este real, sua evolução e suas configurações, são influenciados pelo tipo de atenção que recebem, o real não é indiferente ao discurso em que está inscrito. A loucura ou a depressão, por exemplo, podem ter diferentes evoluções num paciente, conforme a atenção que recebam.

Hoje, na área da saúde, os profissionais comumente compartilham o modelo biomédico, principalmente. Muitos profissionais da saúde tiveram essa formação tradicional voltada para o trabalho especializado, isolado e fragmentado, por isso se faz importante produzir novas subjetivações nos serviços, nas equipes e na gestão da saúde, além dessas aprendidas nas formações nas áreas da saúde. Por outro lado, também pode-se dizer que é compartilhada entre os profissionais uma pre-

ocupação com o bem-estar, a saúde ou a qualidade de vida.

A interdisciplinaridade se nutre de uma atitude de curiosidade e aventura, de abertura, de busca pelas relações existentes entre as coisas, de uma certa possibilidade de arriscarse, segundo Matos, Gonçalves e Ramos (2005). A interdisciplinaridade só se dá a partir da percepção de que todo saber e ciência é um recorte e por isso é sempre limitado. A heterogeneidade de olhares propicia ver a riqueza do objeto em estudo, seja ele um caso, uma situação, etc.

Ceccim (2005, p. 265) propõe pensar o trabalho em equipe como uma "clínica mestiça", na relação entre uma identidade profissional e outra propõe uma terceira alternativa, uma ética do "entre-disciplinar". Considera que a multidisciplinidade e a interdisciplina mantêm as fronteiras rígidas das disciplinas, não possibilitando uma permeabilidade, uma reconfiguração dos recortes profissionais de acordo com as situações que são enfrentadas. Isto requer ir além da epistemologia e da disciplina de conhecimento, requer uma certa flexibilidade e só é possível, segundo o autor, numa equipe que propicie um ambiente protegido. Ele considera que, para que aconteça a entre-disciplina, a assistência deve ser centrada no usuário e não no profissional ou seus interesses corporativos. Ele diz que precisa compor a formação dos profissionais na saúde: "a alteridade com os usuários, a experimentação em equipe e a prática de saúde como afirmação da vida" (CECCIM, 2005, p. 275).

Construir alguma linguagem comum e algumas pontes entre esses saberes e clínicas é um percurso de construção pelo qual que as equipes passam quando valorizam e querem trabalhar em conjunto. Podemos pensar que é preciso para isso, primeiramente, uma disponibilidade para o outro e sua percepção e também uma disponibilidade em socializar sua for-

ma de percepção das coisas. Também, para que isso aconteça, é preciso descolar o nome (a teoria de uso do profissional) da coisa (o real), ou, segundo Bezerra (2008), não tomar o nome pela coisa, não colar o nome à coisa, ou não colar a linguagem ao real. Ou seja, não entender a teoria como espelho da natureza, mas como a constituindo também. Pois existem várias teorias em saúde mental e na saúde e elas abordam e descrevem, de diferentes maneiras, o sintoma ou o sofrimento psíquico, é importante quando percebem que estas abordagens não são o próprio problema ou o adoecimento descrito, mas apenas uma abordagem do mesmo entre outras. Quando se crê que o real é a teoria é mais difícil de entender que um fenômeno pode ter diferentes leituras e significados e que essas podem trazer uma riqueza e uma ampliação do horizonte à compreensão e tratamento do caso.

Além disso, faço um parêntese para lembrar que o objeto de trabalho da saúde é um sujeito e este fala, e a linguagem é polissêmica, a escuta dos sintomas não deve colar a linguagem ao sintoma de forma unívoca e exterior ao sujeito, mas possibilitar circular as significações do sujeito para o sintoma.

Mas a diversidade de abordagens não pode ser levada ao infinito, são precisas algumas escolhas visando uma convergência também. Bezerra (2008) considera que o critério para guiar a escolha de uma ou outra ferramenta teórica comum na equipe, bem como para aceitar ou não uma proposta assistencial, é um critério ético e político. Essa escolha de ferramentas teóricas ou de uma proposta assistencial deve se guiar pelas consequências que engendra, os resultados que possibilita e os efeitos subjetivos que provoca e não pelos seus fundamentos, pela sua consistência ou pela autoridade científica de seus formuladores. E quando não há clareza sobre o horizonte clínico e político entre os profissio-

nais, o elemento norteador da convergência do trabalho, segundo o autor, podem ser os objetivos e fins comuns e os instrumentos para dar conta deles.

Entendo que esta escolha dos fins comuns pode ocorrer a partir de consenso da equipe e/ou também ser inspirada nas políticas do governo. As políticas e/ou programas do Ministério da Saúde ou dos governos municipais e estaduais também podem, ou não, funcionar como diretrizes norteadoras para pensar as práticas assistenciais e as ferramentas comuns na equipe, que possibilitem operacionalizar a interdisciplina.

Pensemos em um exemplo de cada uma dessas situações. Na área da política de saúde para alcoolismo e drogadição o Ministério da Saúde propõe a Redução de Danos, que não trabalha com o ideal de impor a abstinência ao usuário de drogas. Uma das ferramentas conceituais que pode auxiliar na consecução desta proposta assistencial é o conceito de sujeito na psicanálise, que leva em conta as significações simbólicas que envolvem a droga para o sujeito e busca a responsabilidade do sujeito sobre seus atos. Outra noção que ajuda na consecução desta proposta assistencial é não reduzir a dependência a uma questão química, mas reconhecer que envolve outros fatores (subjetivos, culturais, sócio-econômicos, etc). O conhecimento dos efeitos neurobiológicos das drogas também é útil dentro desta proposta assistencial, desde que não reduza a toxicomania a uma dependência química. Também auxilia a trabalhar na proposta de Redução de Danos relativizar a noção de droga e não limitá-la somente aos produtos ilegais, mas abordar o alto grau de drogadição legal existente hoje na sociedade: seja no uso de álcool e tabaco, seja pela auto-medicação das pessoas, seja pela medicalização do sofrimento psíquico, seja pela sociedade de consumo que propõe uma completude com os

objetos, inclusive com o objeto droga, etc. E também abordar a inevitável presença das drogas nas culturas, nos rituais sociais, religiosos, etc.

Outro exemplo: no atendimento à infância duas noções podem auxiliar muito para articular o trabalho conjunto de uma equipe, segundo Pinho (2003): o conceito psicanalítico de que na infância a estrutura subjetiva ainda não está decidida ou formada e a noção neurológica de neuroplasticidade neuronal. A primeira noção faz acreditar na possibilidade de mudança e de construção de novos caminhos pela criança com a ajuda da equipe, que não o da patologia instalada. A segunda noção vai no mesmo sentido da primeira, de construir saídas onde alguma dificuldade impossibilitou o desenvolvimento normal de alguma função, já que a neuroplasticidade é a capacidade do Sistema Nervoso Central de compensar regiões lesadas ou não desenvolvidas, construindo caminhos neuronais alternativos. Estas duas noções são chamadas pelo autor de conceitos transdisciplinares porque servem de ferramenta teórica para qualquer disciplina que trabalhe com a infância. Podemos dizer que, numa equipe que tenha uma escolha ética de apostar nas possibilidades de desenvolvimento destes pequenos sujeitos, estes dois conceitos são muito úteis para não tomar como dadas e acabadas patologias que se apresentem nesta faixa etária, o que engendraria uma prática de reforço da patologia.

Em qualquer área de atuação das disciplinas clínicas está em jogo o particular e o universal. Há uma necessidade de conciliar o conhecimento acumulado pela ciência e pela tradição (a teoria, o diagnóstico, etc), com o original e único de cada caso, segundo Pereira (2001). A psicanálise, segundo ele, faz uma clínica do "cada caso é um caso", singularizando cada caso, tornando-o irreduzível à categoria geral de seu diagnóstico. Ela auxilia o sujeito a uma assunção ética da particularidade do pró-

prio desejo, segundo o autor. Embora a psicanálise também utilize diagnósticos, são diagnósticos de estrutura e sob transferência e a análise não apaga o particular no universal do diagnóstico, da teoria, etc. É uma clínica que busca a implicação do sujeito em seu sintoma e as soluções são singulares e contingentes.

Em um momento em que se vem falando em humanização na saúde, Laurent (1999) considera que o aspecto humano, ou a humanidade, está na particularidade. E que além de escutar a particularidade é preciso transmitir a utilidade de apreender a particularidade, ela é um instrumento útil na condução dos tratamentos, de interesse para todos profissionais. E a particularidade de cada um é capturável na palavra, através da forma como o sujeito apresenta seu problema na linguagem e nas ações. Podemos pensar que no trabalho da saúde mental com profissionais da rede básica ou entre diferentes áreas da saúde é uma questão importante de se transmitir para compreensão e intervenção nos casos.

Viganò (1999) propõe a construção do caso clínico em equipe como uma forma de trabalhar nas instituições e considera que é essa a contribuição da psicanálise para esse trabalho. A ideia é construir antes de interpretar ou dar um sentido, para que a interpretação precoce e o saber não esmaguem o sujeito. Figueiredo (2004) também utiliza a ideia de construção do caso baseando-se em Viganò, assinalando que a construção é um método clínico de maior alcance que a interpretação e que o caso não é o sujeito, mas o que recolhemos de seu discurso e suas manifestações e que permite inferir sua posição subjetiva e traçar a direção de seu tratamento.

Ainda citando Viganò (1999), este propõe que a equipe, em vez de se submeter à autoridade de algum mestre, faça um debate democrático e que a construção do caso em equipe crie uma autoridade clínica, e que essa cons-

trução se norteie pelo saber extraído do paciente, pela sua verdade. Ao fazer essa construção se verifica em que lugar o sujeito coloca o outro para pensar a partir daí um projeto de intervenção para ele, possibilitando a construção de um diagnóstico do discurso - e não do sujeito. Diagnóstico do discurso e dos seus atos em cada situação e momento, e que vai se modificando ao longo do tempo, precisando a equipe estar atenta ao imprevisível e aos efeitos das intervenções, não reificando o paciente como um objeto conhecido. Considera que este trabalho de construção na equipe faz com que cada profissional questione o lugar que ocupa em relação ao paciente, ampliando as fronteiras profissionais e fundando os lugares de saber no trabalho e não em papéis pré-determinados, construindo um saber conjunto sobre o sujeito naquele momento. E para que isso aconteça é preciso uma transferência de trabalho entre os membros da equipe, ideia que vai no mesmo sentido em que Ceccim (2005) falava de um ambiente protegido, que significa um ambiente com uma certa confiança estabelecida que possibilite aos profissionais expor-se.

Já Baio (1999), a partir da experiência em instituição com crianças psicóticas, autistas e com graves perturbações, verifica que elas elaboram em diferentes momentos e com diferentes pessoas da equipe. A partir dessa experiência propõe que a equipe se autorize a operar a partir do que ela não sabe. A equipe tem que se destituir dessa posição de achar que é a única que sabe, pois o próprio sujeito vai construindo um saber. E sugere que as reuniões de equipe devem se guiar pelo que causa impasse para cada um, o que não anda bem, os impasses dos pacientes e dos profissionais com os pacientes, pondo a equipe a trabalho desse impasse e operando mudança de posição no profissional em relação à situação e ao paciente. Trabalhar os impasses para extrair daí a lógica em questão e a estratégia para res-

ponder aos problemas dos pacientes, respeitando a tática de cada profissional. O não saber possibilita a elaboração de saber não todo por cada membro da equipe a partir da clínica e seus impasses. E isso só é possível de acontecer porque a psicanálise propõe acolher o difícil e o impossível de suportar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aqui o objetivo não foi pensar as diferenças de uma transdisciplinaridade, inter-disciplinaridade ou entre-disciplinaridade, mas resgatar o principal, que é a ideia de que, para que ocorra essa troca, tanto dentro de uma equipe de saúde mental quanto no trabalho da saúde mental com a rede básica, ou matriciamento, torna-se necessário uma abertura à alteridade em relação ao saber do outro profissional e suas percepções e também uma alteridade em relação ao paciente, à sua singularidade. Pré-condição para que isso ocorra é a percepção da limitação de toda área de conhecimento e da importância dessa troca entre saberes para alargar os horizontes na compreensão do caso; bem como a ideia de centrar o atendimento no usuário e em cada caso concreto, em sua particularidade, não nos profissionais ou seus interesses corporativos. Ao mesmo tempo uma percepção de que a teoria é uma nomeação da coisa e não a coisa, e a teoria/disciplina é sempre uma invenção, uma construção da coisa, ela constrói o objeto que aborda, constrói a intervenção e os efeitos de sua intervenção, inevitavelmente. E o objeto de trabalho na saúde é o ser humano que é um sujeito constituído pela linguagem, que é polissêmica.

A psicanálise oferece ferramentas conceituais úteis para pensar o que possibilita relacionar o bio psico social ou o mental e o físico - a linguagem e as manifestações do sujeito é que vão determinar que elementos são importantes de serem levados em conta naquela mo-

mento no atendimento de cada caso. A ideia de construir uma totalidade epistemológica é uma visão iluminista de acreditar na existência de um Todo, ou que uma unidade do conhecimento daria acesso à totalidade do mundo, segundo Veiga-Neto (1995). Parece mais viável a construção de certas noções-chave que atravessem as disciplinas específicas para nortear o trabalho em comum entre os profissionais numa mesma direção, supondo um saber que não é todo. Na saúde podem servir de noções-chave, de forma geral: a própria clínica e seus impasses enquanto norteadores dos atendimentos; a afirmação da vida; a aposta no respeito ao sujeito e nas suas possibilidades; a ideia de que o caso é construído e não está dado e que a particularidade é que humaniza; a ética de não submeter os pacientes a discursos que lhe são alheios, mas de dirigir o tratamento a partir de seu discurso particular; uma ética do singular e do desejo voltada para as potencialidades. As noções-chave de cada área específica como infância, adolescência, alcoolismo e drogadição, etc., vão ser construídas na saúde a partir do diálogo entre as políticas assistenciais, os saberes clínicos específicos, questões culturais e sociais, etc. Cada caso particular vai demandar, em determinado momento, em função de sua especificidade, a colaboração de umas áreas de saber mais do que de outras e esta especificidade do caso só é perceptível a partir da linguagem onde o sujeito expressa a si e à sua situação, onde se posiciona subjetivamente e será chamado a se implicar.

Também é uma posição ética interessante a equipe deixar um espaço para o não sabido, para a emergência do novo, do não esperado, do inusitado, para não trancafiar o sujeito numa certa posição sem margem de modificação.

## REFERÊNCIAS

- BAIO, Virginio. O ato a partir de muitos. **Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p. 66-73, set. 1999.
- BEZERRA, Benilton. **O cuidado no CAPS: os novos desafios**. Disponível em: <[http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/cuidado\\_nos\\_caps.pdf](http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/cuidado_nos_caps.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004.
- CECCIM, Ricardo; CAPOZOLO, Ângela. Educação dos profissionais de saúde e a afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARRINS, João et al. (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.
- CECCIM, Ricardo. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS Ruben. **Cuidado. As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2005. p. 259-278.
- CECÍLIO, Luiz. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2006. p. 39-64.
- DECLARAÇÃO DE CARACAS. **Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde**. Caracas, Venezuela: 1990. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idbxt=23107](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idbxt=23107)> Acesso em: 9 set. 2008.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano 7, n. 1, mar. 2004.
- LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e a educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.). **O sujeito da educação. Estudos foucaultianos**. 5. ed. Petrópolis, Vozes, 2002.
- LAURENT, Éric. Novas normas de distribuição dos atendimentos e sua avaliação do ponto de vista da psicanálise. **Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p. 74-89, set. 1999.

LUZ, Madel. **Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MATOS, Eliane; GONÇALVES, Jadete; RAMOS, Flávia. A epistemologia de Ludwick Fleck: subsídios para a prática interdisciplinar em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 383-390, jul./set. 2005.

MILLER, Jacques-Alain. Saúde mental e ordem pública. **Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p. 20-31, set. 1999.

MONSENY, José. A ética psicanalítica do diagnóstico. In: QUINET, Antonio (Org.). **Psicanálise e psiquiatria. Controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm?>>. Acesso em: 07 dez. 2007.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre a saúde no mundo - saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001.

PAÍS, Alfredo. Interdisciplina e transdisciplina na clínica dos transtornos do desenvolvimento infantil. **Escritos da criança**, Porto Alegre, n. 4, p. 23-31, 1996.

PEREIRA, Mário Costa. O geral das estruturas clínicas e a singularidade do sofrimento: encontros e desencontros. In: QUINET, Antonio (Org.). **Psicanálise e psiquiatria. Controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

PINHO, Gerson. A psicanálise e a clínica interdisciplinar com crianças. **Correio da Appoa**, Porto Alegre, n. 120, dez. 2003. Disponível em: <[www.appoa.com.br/correio.php](http://www.appoa.com.br/correio.php)>. Acesso em: abr. de 2009.

VEIGA-NETO, Alfredo. Crise dos paradigmas e interdisciplinaridade. In: SILVA, Dinorá; SOUZA, Nádia (Org.). **Interdisciplinaridade na sala de aula. Uma experiência pedagógica nas 3ª e 4ª séries do primeiro grau**. Porto Alegre: UFRGS, 1995. p. 17-24.

VIGANÓ, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. **Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p. 50-59, set. 1999.

Recebido em: 03/08/2009

Aprovado em: 19/11/2009