

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA



PUC-SP

MARIANA TICIANELLI BIRLE

CLÍNICA AMPLIADA E TRANSDISCIPLINARIDADE

**DESAFIOS E PROPOSTAS PARA O DIÁLOGO INTERPROFISSIONAL NAS
EQUIPES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

SÃO PAULO

2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA



PUC-SP

MARIANA TICIANELLI BIRLE

CLÍNICA AMPLIADA E TRANSDISCIPLINARIDADE

DESAFIOS E PROPOSTAS PARA O DIÁLOGO INTERPROFISSIONAL NAS EQUIPES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para formação no Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo sob orientação do Professor Daniel de Moraes Caro.

SÃO PAULO

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todas as pessoas que vieram antes de mim e que, portanto, estão escritas nessas páginas.

Agradeço à minha família, aos meus amigos e amigas e às professoras e colegas de futura profissão que me inspiraram todos os dias para que eu pudesse chegar ao fim deste curso.

Agradeço à minha professora Cris Vicentin, por todas as reflexões proporcionadas em aula e por ter aceitado o convite de ser minha parecerista.

Agradeço ao meu orientador de TCC II, Daniel de Moraes Caro por toda confiança e apoio durante o semestre.

Em especial, agradeço aos profissionais e usuários dos serviços de Saúde pelos quais já passei, por toda a atenção e a oportunidade de aprendizado. Em especial do CAPS III Adulto Brasilândia, a quem dedico este trabalho.

Grito aqui o sentimento do mundo; o cansaço das guerras e da violência. Grito aqui meus maiores temores, mas também meus maiores amores; dessa forma agradeço a todos os autores e autoras que citarei aqui; sem eles e elas, jamais encontraria as palavras necessárias para expor minha tese.

Mundo Grande

Não, meu coração não é maior que o mundo. É muito menor.

Nele não cabem nem as minhas dores.

Por isso gosto tanto de me contar.

Por isso me dispo, por isso me grito, por isso frequento os jornais,
me exponho cruamente nas livrarias: preciso de todos.

Sim, meu coração é muito pequeno. Só agora vejo que nele não cabem os homens.

Os homens estão cá fora, estão na rua.

A rua é enorme. Maior, muito maior do que eu esperava.

Mas também a rua não cabe todos os homens. A rua é menor que o mundo. O mundo é grande.

Tu sabes como é grande o mundo.

Conheces os navios que levam petróleo e livros, carne e algodão.

Viste as diferentes cores dos homens, as diferentes dores dos homens,
sabes como é difícil sofrer tudo isso,
amontoar tudo isso num só peito de homem... sem que ele estale.

Fecha os olhos e esquece.

Escuta a água nos vidros, tão calma, não anuncia nada.

Entretanto escorre nas mãos, tão calma! Vai inundando tudo...

Renascerão as cidades submersas? Os homens submersos - voltarão?

Meu coração não sabe. Estúpido, ridículo e frágil é meu coração.

Só agora descubro como é triste ignorar certas coisas.

(Na solidão de indivíduo desaprendi a linguagem com que homens se comunicam.)

Outrora escutei os anjos, as sonatas, os poemas, as confissões patéticas.

Nunca escutei voz de gente. Em verdade sou muito pobre.

Outrora viajei países imaginários, fáceis de habitar,

ilhas sem problemas, não obstante exaustivas e convocando ao suicídio.

Meus amigos foram às ilhas. Ilhas perdem o homem.

Entretanto alguns se salvaram e trouxeram a notícia

de que o mundo, o grande mundo está crescendo todos os dias,

entre o fogo e o amor.

Então, meu coração também pode crescer.

Entre o amor e o fogo,

entre a vida e o fogo,

meu coração cresce dez metros e explode.

- Ó vida futura! Nós te criaremos.

Carlos Drummond de Andrade

Carta a Sorôco

Meu querido Sorôco,

Esteja onde estiver, quero que ouça o que eu tenho a lhe dizer. Visitei hoje o lugar onde morreu sua mãe, onde morreu sua filha, onde morreram as mães, os pais, os filhos e os irmãos de um incontável número de pessoas.

Sabe o que eu encontrei lá? Um CAPS. Um hospital regional de clínica médica cirúrgica. Um centro social urbano. Uma escola. Um centro de convivência. Um bairro popular. Uma área de preservação ecológica. Uma biblioteca pública. E outras construções que fazem parte da paisagem da cidade, atualmente conhecida como Cidade das Rosas.

Ali, onde outrora ficava a Fazenda da Caveira, de Joaquim Silvério dos Reis, e depois do Hospital Colônia de Barbacena, era considerado um lugar maldito. Ao que tudo indica, porém, a misericórdia dos céus mudou a sua sina. Antevejo a sua pergunta. O que está acontecendo, agora, com pessoas como sua mãe e sua filha? Tentarei resumir, numa única frase, longa história. Hoje, o governo paga um carro para levar o socorro até elas. A ideia é simples, mas foi preciso longa batalha para mudar, sobretudo, os corações e as mentes.

Se fosse hoje, Sorôco, o seu sofrimento não acabaria, pois já sabemos que viver é um negócio muito perigoso, mas com certeza a história seria outra. O único problema é que Guimarães Rosa não teria escrito conto tão belo – o que é o de menos, pois nunca falta tema para prosa boa.

Ah! Perdoa-me... já ia me esquecendo – com essa memória que começa a me desfalcar – de um fato importante. Do que havia no antigo hospital, resta apenas um edifício impotente, que é a principal atração turística da cidade. Chama-se Museu da Loucura. Está aí exatamente para não nos deixar esquecer, para registrar uma época. É um templo dedicado à loucura. Não à loucura de pessoas como sua mãe e filha, mas à nossa loucura, Sorôco, à loucura dos chamados normais.

Francisco Paes Barreto

RESUMO

BIRLE, M. T. Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade: desafios e propostas para o diálogo interprofissional nas equipes da Rede de Atenção Psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São Paulo, 2022.

Área do conhecimento: 7.07.00.00-1 – Psicologia / 7.07.09.01-7 - Análise Institucional

O presente trabalho analisa, a partir da observação da prática de equipes multidisciplinares dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), parte integrante do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), possíveis caminhos para instrumentalizar as equipes para a complexidade do trabalho em Saúde Mental no contexto atual de desmonte das políticas públicas em Saúde, a partir da lógica da Clínica Ampliada (CA). Assim, partindo do contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da implementação da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, dos desafios impostos pela difícil tarefa de um cuidado integral em liberdade do Sujeito contemporâneo e de uma crise no campo da Saúde Mental – principalmente pelo desmonte das políticas públicas e pela complexidade do campo – foi feita uma análise da cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”, integrante da Política Nacional de Humanização (PNH), buscando verificar a importância da interprofissionalidade na RAPS e explorar o conceito de Clínica Ampliada e da importância da Transdisciplinaridade para lidar com a complexidade do trabalho em Saúde Mental. Para pensar estes assuntos, buscou-se compreender os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e o trabalho no território pensando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como importantes dispositivos para a complexa tarefa de oferecer um cuidado integral ao Sujeito contemporâneo. Concluiu-se que a Transdisciplinaridade parece uma configuração interessante para a radicalização da Clínica Ampliada e observou-se, para a implementação deste tipo de trabalho nas equipes, a necessidade de se pensar a educação continuada e a Educação Interprofissional (EIP) para os profissionais da RAPS, como forma de promover o diálogo entre campos de conhecimento distintos.

Palavras-chave: Saúde Mental; Transdisciplinaridade; Sistema Único de Saúde / SUS; Clínica Ampliada; Cuidado Integral; Atenção Psicossocial, Equipes Multidisciplinares.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. Introdução | 12 |
| 2. Objetivo | 16 |
| 3. Metodologia | 17 |
| 4. Resultados | |
| 4.1. Saúde Mental e Clínica Ampliada | 19 |
| 4.2. Territorialidade: a atitude clínica na cidade | 24 |
| 4.3. Projeto Singular Terapêutico e corresponsabilidade da equipe | 27 |
| 4.4. Interprofissionalidade e Transdisciplinaridade | 29 |
| 4.5. Dialogicidade e Educação Interprofissional | 32 |
| 5. Conclusão e Considerações Finais | 45 |
| 6. Referências Bibliográficas | 49 |

APRESENTAÇÃO

Palavras não se escrevem, nem são escritas sozinhas; não há texto que não fale de outros que vieram antes nem que não incitem outros que ainda hão de vir. Uma monografia carrega em si a história de todas as relações humanas vividas até então. Um monólogo ecoa milhares de vozes antepassadas que gritam diariamente, influenciando nossas escolhas de caminhos. E, da mesma forma que uma monografia, um monólogo ou um poema podem mudar o rumo da sociedade – e, por conseguinte, de todas as produções que elas seguirão – espero que este trabalho também transmita algo que considero importante para o campo que chamamos de “Saúde Mental”.

O tempo e o ensino nos transformam constantemente, e talvez por isso seja tão difícil iniciar este trabalho de conclusão de curso; tenho cada vez mais descoberto que as certezas são perigosas. Reconhecido como tal, este trabalho pretende colocar em linguagem científica um pouco das conexões entre teoria e prática que teci nesses meus últimos anos de graduação no Curso de Psicologia, e, se bem-sucedido for, ele demonstrará às leitoras e leitores um caminho possível de se chegar ao que eu acredito ser um caminho revolucionário e necessário para o cuidado do Sujeito dos tempos atuais.

Desde o início do processo de elaboração deste trabalho, em 2020, já projetava que gostaria de tratar sobre saúde mental, porém na época ainda não tinha noção da proporção e das implicações que estas duas palavras podiam ter. Como uma pessoa que sempre teve a dança como um dos pilares da vida, vivi no corpo a importância desta arte para minha saúde física e mental – assim como os perigos e as armadilhas que a formação em dança poderia trazer, principalmente para as mulheres. Era sobre isso que escrevia quando me vi completamente desorientada diante do contexto pandêmico da Covid-19, querendo menos escrever sobre dança, e mais dançar. Foi neste período de crise que conheci o CAPS III Adulto Brasilândia, onde estagiei durante o ano de 2021 e pude viver as experiências que inspiraram este trabalho.

Os Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), instituídos por meio da Portaria/SNAS Nº 224 de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 2001) são serviços da rede pública brasileira de saúde que visam, como parte de uma rede comunitária, à substituição dos hospitais psiquiátricos – antigos hospícios ou manicômios – e de seus métodos para cuidar de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes

do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo GOLDBERG;

A expectativa dos profissionais dessa instituição era oferecer um cuidado personalizado aos pacientes, com a complexidade que cada caso requer, por períodos tão longos quanto o tipo da evolução que sua doença exigisse e sem afastá-los da família e da comunidade (GOLDBERG, 1998, p.12 apud. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p.27)

Os Centros de Atenção Psicossocial são parte fundamental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instaurada pela Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que se propõe a oferecer uma rede de serviços de saúde mental integrada para pessoas com demandas relacionadas ao sofrimento decorrente de questões de transtornos mentais, do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). O CAPS III Adulto Brasilândia está localizado no extremo norte da cidade de São Paulo, no distrito da Brasilândia, num território extremamente populoso que se caracteriza por um alto nível de desigualdade, violência e vulnerabilidade social.

Pudemos acompanhar a equipe em um contexto de retomada das práticas do serviço após o auge da crise pandêmica, em 2020, e as dificuldades encontradas na reestruturação do trabalho da rede substitutiva dos antigos hospitais psiquiátricos tal como ela se propunha a ser; um serviço do fazer-coletivo. Dentre as dificuldades impostas pela pandemia, pudemos perceber a fragilidade no diálogo entre os serviços da RAPS no território da Brasilândia. Observamos, também, uma equipe de saúde mental muito cansada, sobrecarregada e enrijecida frente ao cotidiano, às burocracias institucionais e à alta quantidade de demandas complexas que chegavam ao serviço.

As reuniões de equipe semanais – um espaço de duas horas em que todos os profissionais, que geralmente trabalham em núcleos menores a partir de suas funções, se encontram - mostraram-se de extrema importância pois importantes questões institucionais podem ser observadas e discutidas, construindo pautas coletivas sobre o trabalho no CAPS. Como pude perceber, a partir do olhar privilegiado de ser-estagiária,

muitos problemas e dificuldades do cotidiano no CAPS se dão pela falta de comunicação entre membros da equipe.

Dentre minhas ações como estagiária do serviço, acompanhei o processo de formação dos profissionais da Rede do território em parceria com as professoras da PUC-SP e da UNIFESP – universidades parceiras do território – que surgiu como uma demanda dos próprios profissionais do serviço, diante do desamparo destes frente aos desafios impostos pelo dia a dia do serviço; seja pelas questões institucionais, seja pela complexidade dos casos que a eles chegavam.

Percebemos grande comprometimento de parte da equipe com seu trabalho e formação, porém, a falta de supervisão técnica, a escassez de educação continuada e educação permanente, porém, relacionadas ao próprio desmonte das políticas públicas relacionadas à Saúde Mental no SUS e sua consequente precarização dos serviços de saúde, dificultam muito o cotidiano desses profissionais. Esse próprio processo de formação e a parceria universidade-serviços é um exemplo de proposta para articulação da RAPS e dos profissionais com as questões específicas do trabalho em Saúde Mental, sendo um espaço para pensar qual a responsabilidade e alcance de cada serviço e o que precisa ser cobrado do Estado para qualificar o trabalho e dar conta da grande demanda por atenção psicossocial dos usuários.

A fala do gestor deste serviço em uma das reuniões ecoa ainda em minha cabeça, e talvez seja a materialização de minhas intenções com este trabalho. Após uma longa conversa dos riscos envolvidos no trabalho em Saúde Mental, sem chegar a muitas conclusões ou propostas, aflito, ele pergunta: “Por que é tão difícil trabalhar em rede?” Esta pergunta abre um debate complexo, que me motivou a escrever este trabalho.

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa pretende buscar e analisar algumas propostas teóricas da área da Saúde Mental para auxiliar o complexo trabalho das equipes interprofissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que diz respeito à formação dos profissionais dessas equipes, trabalhando pensando na importância da Transdisciplinaridade para uma Clínica Ampliada. Para compreendermos melhor a ampliação que será proposta aqui, precisamos percorrer brevemente o caminho da construção de tais equipes da RAPS, que se dá no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os desafios atuais enfrentados por este movimento.

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica surgem no mundo nas décadas de 70 e 80 como uma oposição à abordagem higienista da saúde mental, buscando alternativas ao modelo médico hegemônico - hospitalocêntrico, assistencialista, curativista, especialístico e individualista (TORRE; AMARANTE, 2011, p. 60). Processo social complexo, a Reforma Psiquiátrica envolve uma nova ordem ética no tratamento de pessoas com sofrimento mental e traz importantes mudanças de paradigma no campo do trabalho em Saúde, inclusive no contexto brasileiro.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem suas raízes em movimentos sociais de articulação popular do final da ditadura militar, mais especificamente, atrelada à Reforma Sanitária. A constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, foi essencial para a reformulação da assistência psiquiátrica no país. Primeiramente, composto por trabalhadores e trabalhadoras da saúde, o movimento foi ganhando força, se aproximando do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e, em 1987, após a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, em um Congresso em Bauru, transforma-se no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Neste momento, deixam de ser um coletivo de trabalhadores, para um movimento mais amplo, com participação popular de usuários, familiares e ativistas, cujo mote principal era “Por uma sociedade sem manicômios”. (MANIFESTO DE BAURU, 1987)

Porém, como todo movimento social de luta por direitos, muitas tensões foram presentes no percurso da Reforma desde seu início. Em 1989, o projeto de lei 3.657/89 é apresentado, visando mudanças nas políticas de saúde mental. Foram mais de onze anos para a tramitação deste, que foi rejeitado, pois não contemplava todas as propostas

levantadas pelo Movimento da Luta Antimanicomial. (AMARANTE; NUNES, 2018) Neste período, porém, ocorrem importantes eventos para o avanço de uma lógica antimanicomial, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988, a abertura do primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo (CAPS Itapeva), com a lógica do serviço de portas abertas e com participação ativa dos usuários para com seus projetos terapêuticos. Além disso, a partir de 1990, com a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (1990), realizada em Caracas, onde o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas, na qual os países latino-americanos se propõem a reestruturar seus modelos de assistência psiquiátrica. (HIRDES, 2008, p. 298).

Todos estes eventos culminam na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, ano no qual é aprovada a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, lei da qual se origina a Política de Saúde Mental brasileira (BRASIL, 2001). A Política de Saúde Mental no Brasil busca promover a redução das internações psiquiátricas de longa permanência, incentivando que estas, quando necessárias, devem ter um período de curta duração. Além disso, essa política visa a constituição de uma rede de dispositivos diversos que permitam que a atenção profissional à Saúde Mental chegue no território, sendo também, desta forma, uma importante forma de desinstitucionalização.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída por meio da portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011) é um importante marco para a busca de um cuidado integral ao sujeito pensando na Saúde Mental como este campo “complexo, plural e intersetorial” – nas palavras de Amarante (2007) – no Brasil, representando uma guinada na direção a uma sociedade antimanicomial. A RAPS é constituída pelos serviços de atenção básica à saúde, psicossocial especializada, urgência e emergência, residencial de caráter transitório, hospitalar, assim como estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Segundo a portaria que a institui, a formação da Rede tem os seguintes objetivos;

ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011, p. 1)

A diretrizes da RAPS são o respeito aos direitos humanos, promover a equidade, combater estigmas e preconceitos, garantir acesso e qualidade dos serviços, desenvolver de atividades no território, favorecendo a inclusão social, promovendo autonomia e o exercício da cidadania. A garantia de autonomia e liberdade das pessoas usuárias do SUS só pode ser feita ao reconhecermos os determinantes sociais da saúde ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, buscando a diversificar as estratégias de cuidado, na oferta de uma atenção humanizada e centrada nas necessidades de cada Sujeito em sua singularidade (BRASIL, 2011, p. 1).

De alguns anos para cá, porém, temos observado o desmonte do SUS, e grandes retrocessos nas políticas públicas relacionadas à Saúde Mental. Os primeiros sinais de tal desmonte ocorrem ainda antes do golpe sofrido pela gestão Dilma Rousseff. Em 2015, a entrada de Valencius Wurch, ex-diretor de um hospital psiquiátrico como Coordenador Nacional de Saúde Mental, demonstra a reorientação ideológica do governo. No governo Temer, observa-se o corte do diálogo com os movimentos sociais e a autoritária reformulação da Rede de Atenção Psicossocial (ROSA, 2019).

Entre 2016 e 2019, o governo federal modificou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica. Além disso, ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, reduziu o cadastramento de CAPS, restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, recriou o arcaico hospital-dia, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado e recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial (DELGADO, 2019, p. 2-3). Mais recentemente, no campo da atenção em álcool e outras drogas, o

financiamento de comunidades terapêuticas por parte do governo Bolsonaro demonstra uma reatualização da instituição manicomial. A pandemia de Covid-19 e a gestão neoliberal trazem ainda mais desafios para o campo da Saúde Mental. O aumento das desigualdades sociais, a política de extermínio da parcela da população historicamente excluída pela estrutura racista, classista, machista e capacitista nos traz desafios urgentes, principalmente no que diz respeito às políticas públicas intersetoriais.

Como observado no acompanhamento dos serviços da RAPS no populoso bairro da Brasilândia, descrito no item de Apresentação, percebemos um grande desafio no cotidiano dos profissionais dos serviços de Atenção Psicossocial. Mesmo muito destes profissionais estando muito vinculados ao paradigma antimanicomial, a lógica manicomial impera – inclusive nos usuários – e isso se mostra a partir da facilidade com a qual as equipes da Rede caem em comportamentos hospitalocêntricos, patologizantes e medicalizantes. As ações das equipes tendem a ser funcionalistas pois propõem a adaptação de usuários queixosos, como se fossem “desequilibrados” ou “desajustados” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 29). Segundo GAMA et al (2014);

Apesar das transformações ocorridas no cuidado ao paciente portador de transtornos graves, percebe-se a permanência da lógica psiquiátrica clássica no discurso da psiquiatria biológica. Ela está presente no diagnóstico, pelo modo de construção e operação dos manuais de classificação psiquiátricos, na construção dos instrumentos de pesquisa epidemiológica a respeito de pessoas portadoras de problemas mentais e na forma como acontece o processo de medicalização do social (Pereira, 2000; Caponi, 2009; Russo, 2006 apud. GAMA et al, 2014, p. 70).

As práticas em Saúde Mental, alinhadas ao novo paradigma ético proposto pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira tornam indispensável a realização do trabalho compartilhado entre profissionais de diferentes áreas da saúde, de maneira integrada e interdisciplinar. Neste contexto, as equipes de Saúde Mental são compostas por equipes multiprofissionais. Como mencionado antes, o cotidiano das equipes de saúde

mental é atravessado por inúmeras dificuldades que tornam a atenção integral ao sujeito em liberdade por vezes atravessada por esta lógica manicomial, psiquiátrica, mencionada.

Estas dificuldades ficam claras quando analisamos mais de perto o próprio sofrimento mental causado pelo trabalho dentro da equipe. Um artigo publicado pela Revista de Saúde Pública em 2007 nos alerta para alguns dados relacionados à satisfação dos profissionais de saúde mental com o trabalho na área. Segundo as autoras;

Satisfação no trabalho é um estado emocional resultante da interação de profissionais, suas características pessoais, valores e expectativas com o ambiente e a organização do trabalho. O impacto do trabalho nos profissionais compreende as repercussões dos fatores relacionados ao trabalho sobre a saúde e o sentimento de bem-estar da equipe. (REBOUÇAS, et al, 2007, p. 246)

O estudo traz que existem trabalhos internacionais que demonstram que o próprio trabalho em saúde mental é um fator de estresse e esgotamento dos profissionais, o que afeta diretamente a assistência na área. Quando tratamos do Brasil e de nossa Rede de Atenção Psicossocial, porém, percebemos algumas questões importantes que ampliam este cenário de esgotamento profissional. As dificuldades encontradas na transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo do cuidado em liberdade, cerceadas pela negligência do Estado para com a área da atenção psicossocial afetam diretamente os trabalhadores das equipes dos serviços da Rede.

Segundo a revisão que baseia o estudo mencionado, a não concretização dos investimentos em recursos humanos previstos nas propostas de reforma sanitária geram diversas crises: “Fatores como falta de qualificação, achatamento salarial, não reposição de pessoal e a convivência de funcionários sob regimes diversos dentro das unidades, vêm gerando dificuldades de gerenciamento do sistema de saúde.” (REBOUÇAS et al, 2007, p.245)

Neste contexto, observamos também profissionais despreparados para lidar com as complexas demandas que aparecem nos serviços, que envolvem tanto a negligência do Estado para com aquele Sujeito, mas também sua complexa e singular rede de afetos.

Diante deste desamparo por parte dos profissionais do Sistema Único de Saúde, é jogada luz sob a formação destes, e das lacunas deixadas por esta formação, visíveis nos problemas que aparecem no cotidiano do trabalho.

Foi pensando nestas dificuldades dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial no cuidado em Saúde Mental, que decidi trazer à tona a discussão da “Clínica Ampliada” (CA), que é uma resposta a algumas das dificuldades encontradas no processo do cuidado do sujeito em liberdade, proposto pela Reforma Psiquiátrica e ameaçado. Em 2008, o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (PNH), da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde publicou a segunda edição da cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”, que contou com 10.000 exemplares com o intuito de ajudar usuários e trabalhadores dos serviços da RAPS a lidarem com a complexidade do trabalho em Saúde Mental e do cuidado integral dos Sujeitos nos tempos atuais (BRASIL, 2008, p. 1-4).

2. OBJETIVO

O trabalho objetivou pensar possíveis caminhos para instrumentalizar as equipes para a complexidade do trabalho em Saúde Mental no contexto atual de desmonte das políticas públicas em Saúde a partir da lógica da Clínica Ampliada (CA). A partir da análise da cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” (BRASIL, 2008), buscou-se trazer reflexões e articulações entre teoria e prática no âmbito do cuidado em Saúde Mental buscando oferecer subsídios teóricos para instrumentalizar as equipes multiprofissionais da RAPS diante das dificuldades encontradas no trabalho em rede.

Considerando o contexto atual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como uma rede que se propõe a um cuidado integral de seus usuários a partir das diretrizes de uma Clínica Ampliada (CA) e da Política Nacional de Humanização (PNH), buscou-se verificar a importância da interprofissionalidade da RAPS, e, principalmente do conceito de Transdisciplinaridade na formação das equipes da RAPS para a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

3. METODOLOGIA

A partir do contato com diferentes obras de diferentes abordagens na Psicologia, além do contato direto com um serviço de Atenção Especializada à Saúde Mental (O CAPS III Adulto Brasilândia), alguns conceitos teóricos pareceram importantes diante do questionamento do gestor do serviço dos motivos pelos quais seria tão difícil trabalhar em rede. A Cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” (BRASIL, 2008) foi um documento oficial do Ministério da Saúde que utilizamos como base para trazer estas diversas contribuições na área, podendo, a partir de suas diretrizes, explorar alguns temas importantes para a instrumentalização do profissional da Saúde Mental.

A metodologia foi sendo construída a partir do diálogo entre diferentes obras relacionadas à área, tendo a pesquisa feita para a introdução deste trabalho sido muito rica, abriu portas para a organização dos Resultados (4) em cinco tópicos que analisam a Cartilha (BRASIL, 2008) e nos ajudaram a alcançar nossos objetivos com o presente trabalho: Saúde Mental e Clínica Ampliada (4.1); Territorialidade: a atitude clínica na cidade (4.2); Projeto Terapêutico Singular e corresponsabilidade da equipe (4.3); Interprofissionalidade e Transdisciplinaridade (4.4) e Dialogicidade e Educação Interprofissional (4.5)

Para verificar a importância dos conceitos cunhados a partir desta reflexão sobre a prática dos profissionais de Saúde Mental observada na prática foram lidos diversos textos de referência na área, podendo ser destacado aqui Amarante (2007), que nos traz a história do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, apontando importantes contribuições para o cuidado em Saúde Mental. Os trabalhos em Saúde Pública também foram essenciais para pensar o tema da Clínica Ampliada e da RAPS, podendo ser indicado aqui o trabalho de Campos (2002) sobre a Clínica do Sujeito, uma Clínica Ampliada e Filho (1997), que cunha o conceito de Transdisciplinaridade, que mais nos inspira a pensar a dinâmica do trabalho intersetorial e interprofissional, e as equipes multidisciplinares dos serviços de Saúde Mental.

Os resultados foram divididos em 5 subtítulos para melhor construir a presente pesquisa; no primeiro, nomeado **SAÚDE MENTAL E CLÍNICA AMPLIADA (4.1)**, no qual desenvolvemos a tese do que se trataria esta ampliação da clínica proposta na Cartilha, trazendo à tona a obra “O Nascimento da Clínica” de Foucault (2021) e estudiosos contemporâneos (BRANCO, 2021 e BEDRIKOW; CAMPOS, 2011) do

campo da clínica para embasar a contraposição da Clínica Ampliada de uma clínica tradicional. Neste sentido, pensamos que é essencial trabalhar o conceito de Saúde Mental em sua complexidade para pensar a clínica, trazendo as contribuições de Gaino et al (2018), Augras (2013), Amarante (2007) e Filho (1999) para cunhar tal conceito.

O segundo subtítulo, **TERRITORIALIDADE: A ATITUDE CLÍNICA NA CIDADE (4.2)**, continua analisando o conceito de Clínica Ampliada proposto, dando ênfase na importância das ações no território para que os serviços de Saúde cheguem à população; pensando sempre nos princípios de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica. Para isso, retomamos o conceito de flexibilidade nos serviços de Dell’acqua e Mezzina (1988), retornando às experiências italianas da Reforma Psiquiátrica. Além disso, trazemos o assunto para pensar a Rede de Atenção Psicossocial novamente com as contribuições de Amarante (2007) no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira para pensar o alcance dos serviços. Finalmente, chegamos à importante contribuição de Lancetti (2007) a partir de seu livro “Clínica Peripatética”, uma clínica feita em movimento e que contribui muito para nossa compreensão de Clínica Ampliada. Ainda pensando nas experiências práticas brasileiras de promoção de Saúde Mental no território, foi trazida a experiência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), apoiada no trabalho de Oliveira (2017) sobre o tema.

O terceiro subtítulo, **O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E CORRESPONSABILIDADE DA EQUIPE (4.3)**, foi escrito principalmente a partir da definição do Projeto Singular Terapêutico e do trabalho da equipe de referência no campo da Saúde Mental e Clínica Ampliada trazidos na Cartilha (BRASIL, 2008). Neste subtítulo, temos novamente contribuições dos italianos Dell’acqua e Mezzina (1989) acerca da responsabilização da equipe no trabalho. Além disso, usamos como referência o estudo de Silva et al (2013) que assinala as maiores dificuldades na consolidação de Projetos Singulares terapêuticos, relacionando-se com o trabalho em equipe; o que nos levou a desenvolver os dois últimos subtítulos para pensarmos no trabalho destas equipes.

No quarto subtítulo, **INTERPROFISSIONALIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE (4.4)**, alcançamos os pontos da Cartilha que explicitam o trabalho das equipes de referência (BRASIL, 2008). Para compreender o que a cartilha nos traz sobre o trabalho interprofissional, os esmiuçamos no texto “Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva”, de Naomar de Almeida Filho (1997), para compreender o que significaria a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade – a última apenas mencionada na Cartilha como uma ampliação ainda maior do trabalho

interdisciplinar. Neste ponto, trazemos os conceitos de multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade auxiliar, metadisciplinaridade, interdisciplinaridade e finalmente, transdisciplinaridade (FILHO, 1997), defendendo a importância de se pensar nesta última como ferramenta de trabalho para a Saúde Mental no contexto da RAPS.

No último subtítulo, **DIALOGICIDADE E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (4.5)**, trazemos a importância do diálogo para a efetivação de uma Clínica Ampliada transdisciplinar, trazendo a contribuição de Seikkula e Arnkil (2020) sobre dialogicidade e as experiências brasileiras consolidadas a partir das Diretrizes Nacionais Curriculares (SILVA et al, 2020; HADDAD et al, 2012).

Os itens **CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS (5)** nasce da desfragmentação de dois itens anteriores – um de conclusões o outro de considerações finais e possíveis direcionamentos a partir da pesquisa. Decidi unir ambas as partes de forma a ampliar também as considerações feitas a partir da escrita deste trabalho; em uma tentativa de desfragmentação de processos, percebi que a radicalidade proposta na pesquisa de todo o suporte teórico de uma Clínica Ampliada também devesse encontrar-se na prática da escrita. Por fim, um item para **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (6)** consultadas e utilizadas na elaboração do presente trabalho.

4. RESULTADOS:

4.1. SAÚDE MENTAL E CLÍNICA AMPLIADA

A proposta de uma Clínica Ampliada (CA) surge oficialmente no Brasil a partir da implementação do Humaniza SUS e da Política Nacional de Humanização (PNH), uma proposta para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão dos serviços de saúde, incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Faz parte da busca do compromisso radical de enxergar o Sujeito doente de modo singular, segundo os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A CA, neste sentido, faz parte de um processo assumir um compromisso ético profundo para com a população. Segundo a Cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”;

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2008, p. 7)

Dessa forma, o HumanizaSUS e a PNH trazem a Clínica Ampliada (CA) como uma estratégia de fomentar, na Rede de Atenção Psicossocial a humanização, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores; autonomia e protagonismo de Sujeitos corresponsáveis pela garantia do direito à saúde e às práticas desta clínica.

Para compreendermos mais a etimologia do termo Clínica Ampliada, traremos as contribuições do filósofo, professor e escritor francês Michel Foucault, que buscou entender as formas de poder e de subjetivação na sociedade, e com quem dialogaremos, para alcançarmos estratégias para pensar o trabalho desta equipe – que se propõe a ampliar sua atitude clínica a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em sua obra “O Nascimento da Clínica”, Foucault (2021) descreve como no século XVIII o empirismo substitui a metafísica e a filosofia, fazendo com que as ciências médicas se apropriassem de um modelo classificatório biologista que passou a nomear as doenças de acordo com uma lógica hierarquizada.

Segundo a etimologia do termo, “clínico” provém do grego *klinikós*, que é composto por *klíno*, inclinar, ou *klíne*, leito. Podemos entender que “clínica” designa, portanto, a prática da medicina à beira do leito. (BEDRIKOW & CAMPOS, 2011). Foucault (2021) inicia o prefácio de seu livro dizendo que “este livro trata do espaço, da linguagem e da morte; trata do olhar”, referindo-se sobre este olhar médico descritivo sobre a observação do paciente no leito. Sobre a obra de Foucault, Branco (2021) aponta a contradição dos estudos da medicina em corpos mortos; o olhar médico que construía a vida a partir da morte.

Em sua formação, como se acompanha no desenvolvimento do livro, esse saber médico seria constituído mediante a lógica de uma linguagem descritiva que poderia enunciar a verdade científica; a partir dos espaços que esse olhar explorava, e pelos princípios da anatomia patológica na dissecação dos cadáveres. A linguagem médica é um dos princípios do método clínico, visto que se trataria de um discurso descritivo dos elementos da doença ou da anatomia do corpo e suas alterações, para obter o conhecimento da doença. O método clínico se valeria da descrição detalhada daquilo que o exame médico vê, partindo da lógica ingênua de que ver e dizer é conhecer (BRANCO, 2021, p. 103).

A própria denominação “Clínica” coloca o sujeito neste lugar passivo; neste leito. A Clínica Ampliada é uma proposta de emancipação tanto dos usuários quanto dos trabalhadores da Saúde Mental em relação a esta visão histórica de como se dava o tratamento de pessoas em sofrimento. A persistência de uma linguagem psicopatológica se mostra como um desafio para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Pensando também na linguagem, lembramos que este é um trabalho que vem da graduação em Psicologia, e um dos primeiros entraves que encontramos na graduação ao pensar na Saúde Coletiva, é o sobre próprio conceito de Saúde Mental. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde seria um termo que se refere a um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, não se tratando apenas da ausência de doenças ou enfermidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946, apud. GAINO et al, 2018, p. 109). Tal definição tem sofrido fortes críticas nos últimos anos, decorrentes da impossibilidade de se alcançar este “completo estado” de bem-estar.

Neste sentido, considerando a própria definição de Saúde Mental como uma produção cultural, preferimos aqui olhar para a saúde e doença não como estados, mas sim como processos de uma vida. Segundo Augras (2013);

A saúde não é um estado, mas um processo, no qual o organismo vai se atualizando conjuntamente com o mundo, transformando-o e atribuindo-lhe significado à medida que ele próprio se transforma. Melhor seria falar de um processo de construção mútua, pois indivíduo e mundo, organismo e meio, coexistem necessariamente. (AUGRAS, 2013, p. 12)

Levando em consideração a Saúde Mental também como um processo, como afirma Augras (2013) sobre a saúde, é imprescindível que se tenha nessa área de trabalho, diariamente o cuidado para não cairmos em categorizações que reduzam os Sujeitos em suas diversidades e complexidades. Como afirma Amarante (2007):

É importante assinalar que poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão rigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. (...) Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites. (AMARANTE, 2007, p. 15-16)

Como vimos na Introdução, tivemos um grande avanço nas políticas, porém ainda vivemos uma cultura hegemônica que conta ainda com a centralidade na doença, como percebemos na fala dos usuários e trabalhadores do serviço. A Saúde Coletiva e os movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, como vimos na Introdução, nascem como uma crítica ao modelo da biomedicina, da prática baseada em evidências biológicas e surgem como um novo paradigma de Saúde Mental, mais democrática e respeitosa para com as diferenças – tentando atentar-se para a complexidade do campo, como citado por Amarante (2007). A proposta é trabalhar com promoção de saúde e não focar na doença.

Segundo a Cartilha, o trabalho das equipes de saúde é “procurar descobrir o sentido da doença para o usuário: respeitar e ajudar na construção de relações causais próprias, mesmo que não sejam coincidentes com a ciência oficial” (BRASIL, 2008, p.49).

Penso importante retomar aqui o que afirmava Franco Basaglia, psiquiatra italiano que tem grande influência no processo brasileiro de Reforma: “infelizmente, ainda hoje o doente está ligado a uma realidade social que o considera um indivíduo sem direitos. Nós colocamos entre parêntesis essa característica de não o considerar uma “pessoa”, assim como colocamos entre parêntesis a própria doença.” (BASAGLIA, 1985, p. 27)

Porém, colocar a doença entre parêntesis não é ignorar as condições sociais nas quais o indivíduo está inserido. Precisamos ressaltar alguns conceitos como riscos em saúde e vulnerabilidade. As questões sociais que circundam os indivíduos podem ser produtoras de saúde ou de vulnerabilidades, tornando os indivíduos com menor acesso ao direito da Saúde Mental. Segundo Filho et al (1999);

(...) a saúde mental significa um socius saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida. Por mais que se decrete o fim das utopias e a crise dos valores, não se pode escapar: o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política. (FILHO et al, 1999, p. 123)

Dessa forma, não podemos falar em Saúde Mental sem falar sobre direitos cidadãos. O direito à moradia, ao trabalho, ao lazer são parte essencial do processo de saúde. É necessário reafirmar aqui a importância de a ênfase deste trabalho estar sempre no olhar integral ao paciente, como sujeito complexo emaranhado em uma rede mais complexa ainda de afetos e relações. A ampliação proposta aqui é para que as possibilidades de existência humana e social não sejam achatadas. Dessa forma, a Clínica Ampliada se mostra uma clínica desapassivadora. O trabalho em Saúde Mental envolve transitar pela diferença, ocupar as fronteiras e abrir espaço para movimento; é disso que se trata a vida. À equipe cabe tecer redes para possibilitarem a criação de novos sentidos, ofertar espaços produtores de subjetividade, ampliar e transformar itinerários de vida.

A Cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” (BRASIL, 2008) é um investimento das políticas públicas brasileiras de saúde para que, cada vez mais, possamos ir em direção a este conceito de Saúde Mental mais amplo, mais complexo, que leva em consideração as singularidades de cada Sujeito usuário dos serviços do Sistema Único de Saúde. As propostas da Cartilha estão assinaladas no último parágrafo da seção de apresentação do projeto:

Como propiciar um diálogo interativo e criativo, com responsabilização e compartilhamento (em vez de encaminhamento de pacientes) entre os diversos serviços em diferentes níveis de atenção (atenção básica, hospital, especialidades), indo além da referência e contrarreferência? Para responder esta questão e criar condições para o aumento da eficácia das práticas clínicas, apresentamos a discussão de CLÍNICA AMPLIADA e dois dispositivos de gestão da atenção: as EQUIPES INTERDISCIPLINARES (ou de REFERÊNCIA) e os PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES (PTS). (BRASIL, 2008, p. 5)

Um aspecto fundamental da CA, além da busca de autonomia para os usuários, é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida, dando ênfase nos processos de Saúde. A cartilha propõe que a atuação do profissional na CA se dá a partir da escuta do usuário do serviço em sua singularidade, da criação de um vínculo afetivo com ele. Dessa forma, os processos de uma Clínica Ampliada pressupõem tirar o usuário da Saúde Mental do lugar de “paciente” ao qual sempre esteve acostumado, promovendo naquele Sujeito uma abertura para esta tomada de autonomia sobre sua própria vida. Segundo a própria cartilha: “uma história clínica mais completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, na medida em que situa os sintomas na vida do Sujeito e dá a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação” (BRASIL, 2008, p. 47).

4.2. TERRITORIALIDADE: A ATITUDE CLÍNICA NA CIDADE

*Ainda vão me matar numa rua.
Quando descobrirem,
principalmente,
que faço parte dessa gente
que pensa que a rua
é a parte principal da cidade.*

Paulo Leminski¹

Como vimos no subtítulo anterior, a ampliação à qual a Clínica Ampliada se refere requer um enquadre mais maleável do que chamamos do trabalho clínico – historicamente pertencente ao ambiente médico, privado e hospitalar. A experiência de crítica a uma razão absoluta – médica, psicológica, ou de qualquer disciplina – nos coloca em frente a um novo paradigma para os serviços de Saúde Mental, em que nem toda forma precisa ser definida *a priori*: trata-se de um movimento contínuo de construção de estratégias de cuidado.

Novamente recuperamos a experiência italiana da Reforma Psiquiátrica para pensar o molde dos serviços substitutivos da instituição asilar. Dell’acqua & Mezzina (1988) descrevem a experiência dos Serviços de Saúde Mental de Trieste e colocam a importância de um programa terapêutico personalizado para cada sujeito, de acordo com suas necessidades, respeitando assim a complexidade de um sistema processual, fluido e inseparável do mundo.

Aquilo que definimos flexibilidade, ou seja, a capacidade de determinar em cada situação adequadas respostas operativas, não pode ser simplesmente definido pela organização do trabalho, pelas “disposições do serviço”. A flexibilidade é possível através da tentativa contínua de trabalhar segundo um estilo coletivo, no qual cada um possa dar sua contribuição. A circulação das informações, o amplo espaço conferido ao confronto, através da reunião diária da equipe e das trocas constantes entre os operadores durante o turno de trabalho, pode criar interesses e possibilidades de compreensão maiores, determinando o envolvimento do grupo nos problemas. (DELL’ACQUA & MEZZINA, 1989, p. 73)

¹ LEMINSKI, Paulo. **Toda Poesia**. 1a ed. Companhia das Letras, p. 24. São Paulo, 2013.

A não definição de uma forma de cuidado universal apriorística nos garante tal flexibilidade. O princípio da intersetorialidade que rege a RAPS perpassa pela comunicação entre diversos setores sociais. Segundo Amarante (2007, p. 88), “os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes”. É neste sentido que falamos de “rede” na área da Saúde Mental: trata-se de tecer esta rede de relações, formatando um mundo com diversos pontos de encontro, de trajetórias comuns, de cooperação na sociedade. Desta forma, o Sujeito contemporâneo, em toda sua singularidade, está de alguma forma amparado em suas questões de vida.

Porém, mais do que simplesmente se comunicarem entre si, os serviços de atenção psicossocial devem procurar desenvolver ao máximo suas habilidades em atuar no território. Lancetti (2016) chama esta clínica que se faz em movimento de Clínica Peripatética – do grego, *peritatéō*, significa “passear, ir e vir conversando” (LANCETTI, 2016, p. 15). Nesta modalidade, o *setting* tradicional é desconstruído, nos permitindo olhar para a cidade como um lugar em que é possível – e necessário – se produzir formas de subjetivação e de cuidado.

As ações de saúde mental, que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive, em combinação com os diversos componentes da subjetividade, sejam eles universos culturais locais, de culturas originárias, mídias, religiões, etc., são ações complexas (LANCETTI, 2016, p. 108)

Segundo Lancetti, as equipes que praticam este complexo trabalho são obrigadas a praticar o que ele chama de uma “democracia psíquica” (LANCETTI, 2016, p. 109), na qual os membros da equipe suportam relações vinculares e transferenciais e negociam pressupostos e conceitos, colocando-se abertos a novas culturas e formas de viver.

Diante da perspectiva desinstitucionalizante da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é necessário pensar o ambiente em que as pessoas transitam: as cidades, as comunidades, as aldeias etc. – democratizando, assim, o acesso aos serviços de saúde. No contexto da RAPS, a Atenção Básica, os agentes comunitários de saúde, a Estratégia de Saúde da

Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) desempenham este papel de sair dos serviços, promovendo um cuidado democrático no território.

É na ESF que é possível intervir em reconhecer e enfrentar os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, visando interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e ter efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. (OLIVEIRA, 2017, p. 2)

Juntamente com a ESF, os CAPS tornaram-se serviços estratégicos para o processo de desinstitucionalização, por serem importantes instrumentos de articulação da Rede de Atenção em Saúde Mental. Para isso, o CAPS deve contar com o Apoio Matricial às equipes da atenção básica – este apoio é protagonizado pelo NASF, que funciona como suporte técnico-pedagógico à ESF, promovendo apoio institucional nas construções coletivas de projetos terapêuticos e ações no território;

Para facilitar essa articulação uma das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde foi a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. O NASF configura-se com equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família e as equipes de atenção básica, contribuindo, assim, para o aumento da capacidade de cuidado das equipes vinculadas, compartilhando com elas a resolução de problemas e o manejo de certas situações. (OLIVEIRA, 2017, p. 5)

O reconhecimento da vida social dos usuários permite uma maior gama de possibilidades de reconstrução de identidades, busca pelo acesso à direitos e exercício da cidadania, que tem efeitos terapêuticos por si só. É no território que se darão as ressignificações de histórias, a reinvenção do cotidiano e elaboração de novas modalidades de cuidado.

4.3. O PROJETO SINGULAR TERAPÊUTICO E CORRESPONSABILIDADE DA EQUIPE

A Cartilha nos traz que Projeto Terapêutico Singular é um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”, normalmente dedicado aos casos mais complexos que chegam aos serviços de saúde (BRASIL, 2008, p. 40).

A elaboração do PTS é uma guinada em direção à ruptura de ações clínicas apassivadoras que docilizam os corpos a partir de um projeto preestabelecido e marcado pela tutela. A Clínica Ampliada se propõe à cogestão, corresponsabilidade, correspondência e comunicação entre equipe e usuários. Os serviços de saúde devem atuar como produtores de possibilidades de vida, e não criar restrições ao Sujeito, nem “vender” uma ideia de Saúde pré-determinada, produzida por uma lógica hegemônica (que é o que vemos com a crescente medicalização da sociedade). Para isso, é necessário um diálogo respeitoso sobre todas as possibilidades de configuração do tratamento daquele sujeito, colocando-o sempre em primeiro plano – é sobre isso que falamos quando falamos em “autonomia do usuário”.

Pensando a Reforma Psiquiátrica Brasileira enquanto processo social complexo, é necessário ressaltar a importância de oferecer espaços abertos ao protagonismo dos Sujeitos em Saúde Mental – tanto dos usuários do serviço quanto da própria equipe do serviço. A discussão coletiva de casos é um espaço não só produtivo, como também emancipador para o usuário e a equipe, que trabalham coletivamente com dificuldades pessoais de cada membro diante das situações complexas e afetivas enunciadas diante de um caso.

À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. Nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergava apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do PTS, grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho. (BRASIL, 2008, p. 45)

É no trabalho coletivo que a equipe irá assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, um dos maiores motes da Clínica Ampliada. Retomando, novamente, a experiência de desinstitucionalização italiana descrita por Dell'acqua e Mezzina (1989); “Assumir a responsabilidade quer dizer, portanto, assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento” (p. 63), ampliando, assim, os objetivos do cuidado – que é, em uma instância, singular para aquele indivíduo, mas também tem um caráter comum, coletivo, relacionado aos ideais de liberdade propostos pela Reforma Psiquiátrica.

Além da tomada de responsabilidade por cada caso, a Cartilha traz que a elaboração de um PTS a partir de uma Clínica Ampliada pretende que os profissionais busquem ajuda para os casos complexos em outros setores, reconhecendo os limites do conhecimento e das tecnologias de cada área profissional, ao que se dá nome de intersectorialidade. (BRASIL, 2008, p. 12)

Um estudo publicado na Revista Brasileira de Ciências da Saúde por Silva et al (2013) analisou dados que mostraram que o projeto terapêutico singular é uma estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde e os pesquisadores descrevem que as principais limitações para sua efetivação são: a falta de comunicação e a formação acadêmica uniprofissional da equipe (SILVA et al, 2013, p. 1-3). Pensando nisso, decidimos a partir daqui focar no trabalho das equipes de Saúde Mental a partir da Clínica Ampliada, buscando compreender a formação de tais equipes e possíveis caminhos para ampliar o diálogo entre profissionais e promover uma formação acadêmica multiprofissional, ou como iremos explorar no próximo item, Transdisciplinar.

4.4. INTERPROFISSIONALIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE

Diante da complexidade de se pensar e atuar como profissional de Saúde Mental e da intensa necessidade de flexibilidade e criatividade por parte dos profissionais do serviço, pensamos ser necessário pensar na relação destes profissionais com a ideia de um trabalho construído coletivamente – como vimos que é o PTS – a partir do diálogo entre os profissionais das equipes de e o usuário.

A noção de “disciplinaridade” – ou seja, de especialidade dentro do campo da ciência – surge na época do Iluminismo e da Revolução Industrial. A fragmentação dos problemas científicos determinou um aprofundamento dos processos de produção de conhecimento sobre partes resultantes (FILHO, 1997 p. 8). Já que era necessidade concreta daquela etapa de desenvolvimento do capitalismo industrial olhar para os processos fragmentados de forma mais descritiva, foram se desenvolvendo, no campo das ciências, cada vez mais fragmentações nos processos de aprendizagem, o que percebemos até hoje em nosso sistema educacional.

Na área da Saúde, a proposta de Clínica Ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. (BRASIL, 2007, p. 3). Neste sentido, a noção de especialidade tem um lugar na rede importante, pois os avanços das tecnologias científicas de cuidado não devem ser ignorados; porém, a formação especializada sem comunicação com outras áreas de cuidado são dificultadores para as estratégias de cuidado compartilhado, como o PTS. As equipes de referência dos usuários dos serviços de saúde têm como objetivo promover esta comunicação, este cuidado compartilhado nos casos de maior complexidade. Segundo a Cartilha;

A proposta de equipe de referência exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. É importante para a humanização porque se os serviços e os saberes profissionais muitas vezes recortam os Sujeitos em partes ou patologias, as equipes de referência são uma forma de resgatar o compromisso com o Sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu

adoecer e do seu projeto terapêutico. Uma das dificuldades de executar esta proposta é reconhecer a interdependência entre profissionais e serviços, porque isso pode significar reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e competência de cada um. Se esta é a dificuldade, esta é também a grande força motriz, uma vez que o trabalho criativo é muito mais saudável e prazeroso. (BRASIL, 2008, p. 39)

A gestão de conflitos na equipe mostra-se essencial e o mais difícil, já que os profissionais parecem ter muitos impasses no que diz respeito à prática cotidiana do cuidado. A resolução de problemas, tomada de decisão, liderança, confiança e respeito, comunicação e a articulação ensino-serviço-comunidade são desafios constantes no trabalho em Saúde Mental. Relações de poderes, afetos, interesses e desejos envolvidos no processo de trabalho grupal, contando com uma dimensão interativa e intersubjetiva dos profissionais da equipe devem ser levados em consideração no trabalho cotidiano.

O apoio matricial no território, por iniciativas de organizações como o NASF e a ESF se mostram como uma tentativa de promoção do diálogo entre especialidades. Como afirma Santos et al (2017), “o funcionamento do apoio matricial e da equipe de referência depende de arranjos organizacionais e de formas de gestão do trabalho em saúde que ampliem as possibilidades da prática da clínica ampliada e da integração dialógica entre diferentes especialidades” (p. 695), nos mostrando que o matriciamento é um processo de trabalho interdisciplinar por natureza.

Porém ainda existem muito a ser superado culturalmente para que o diálogo entre diferentes especialidades na área da saúde de fato ocorra. A medicina ainda ocupa um lugar de maior hierarquia, como pudemos ver no subtítulo “Saúde Mental e Clínica Ampliada” (4.1). Dessa forma, faz-se necessário pensar nos afetos não apenas entre usuário e profissional, mas também entre a própria equipe. A horizontalidade nas relações de poder entre a equipe é essencial para a formulação de uma Projeto Singular Terapêutico não fragmentado; a comunicação é essencial para pensar na complexidade de cada caso, sem hierarquização e burocratização dos processos de cuidado do usuário.

A rede de relações interprofissionais, pensada neste trabalho, trarão questões como a própria atuação em equipe, a coordenação de grupos, cooperação de saberes que operam em conjunto em prol de uma finalidade comum (cuidado ao usuário da Rede) e ações de encaminhamentos e horizontalização das relações de poder são grandes desafios

para os profissionais da área da Saúde Mental hoje. As equipes interdisciplinares ou multiprofissionais da RAPS são compostas por profissionais de várias áreas do saber. Em um dos parágrafos da Cartilha, o termo Transdisciplinaridade aparece, apesar de não ser muito aprofundado;

As equipes interdisciplinares ou transdisciplinares (o “trans” aqui indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de corresponsabilidade entre os integrantes da equipe) têm que ter algum poder de decisão na organização, principalmente, no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe. (BRASIL, 2008, p. 28)

A Transdisciplinaridade, neste sentido é necessária para alcançar este lugar comum de atenção ao Sujeito em sua singularidade. Para explicar este conceito, usaremos o trabalho cunhado por Filho (1997), no qual ele faz uma revisão de aspectos históricos, epistemológicos e etimológicos da construção das noções de análise, método e disciplina, trazendo a transdisciplinaridade como uma possibilidade de aplicação no campo da Saúde Coletiva.

O termo “Transdisciplinaridade” aparece, pela primeira vez, a partir de Jean Piaget, que, no I Seminário Internacional sobre a Pluridisciplinaridade e a Interdisciplinaridade, ocorrido na França em 1970, diz que as etapas pluridisciplinares e interdisciplinares seriam sucedidas por uma etapa superior; a transdisciplinar, que não se contentaria em relações de reciprocidade, mas promoveria ligações dentro de um sistema total, sem fronteiras estáveis entre disciplinas. (RAMOS, 2009, p. 84).

Como vimos, a noção de disciplina surgida a partir do Iluminismo e da Revolução Industrial trouxe uma fragmentação das ciências, sendo a área da Saúde não excluída deste processo. Conhecemos o conceito de “equipes multidisciplinares” da RAPS, já mencionadas neste trabalho, porém agora iremos um pouco além na etimologia deste conceito, assim como de outras noções relacionadas ao trabalho conjunto de profissionais de diferentes áreas; trabalharemos com as semelhanças e diferenças de práticas multidisciplinares, pluridisciplinares, interdisciplinares auxiliares, metadisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares.

Segundo Filho (1997), a **Multidisciplinaridade** se dá quando o objeto de estudo tem uma temática que trata de diferentes disciplinas, sem que, necessariamente, os profissionais envolvidos estabeleçam relações efetivas no campo técnico ou científico.

Trata-se da mera justaposição de disciplinas, sem uma cooperação sistemática. A coordenação, quando existente, é de ordem puramente administrativa. Quando falamos de **Pluridisciplinaridade**, já existe uma cooperação das disciplinas em prol de um objetivo comum – as disciplinas coexistem numa perspectiva de complementaridade, porém sem pretensão de criar uma axiomática comum. Nas figuras a seguir (Figura 1 e 2), retiradas do texto de Filho (1997, p. 11-12), as letras condizem com as diferentes disciplinas ou áreas do saber dentro de um campo temático [t]. As setas demonstram a comunicação e cooperação e, como pode-se observar, na pluridisciplinaridade as disciplinas se conectam entre si diante do campo temático comum.

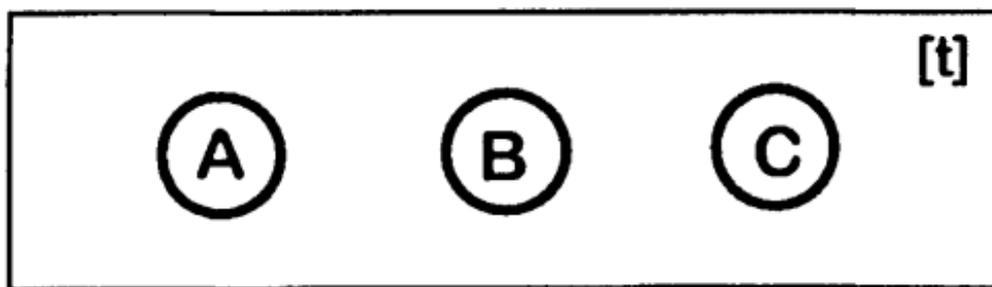


Figura 1 - Multidisciplinaridade

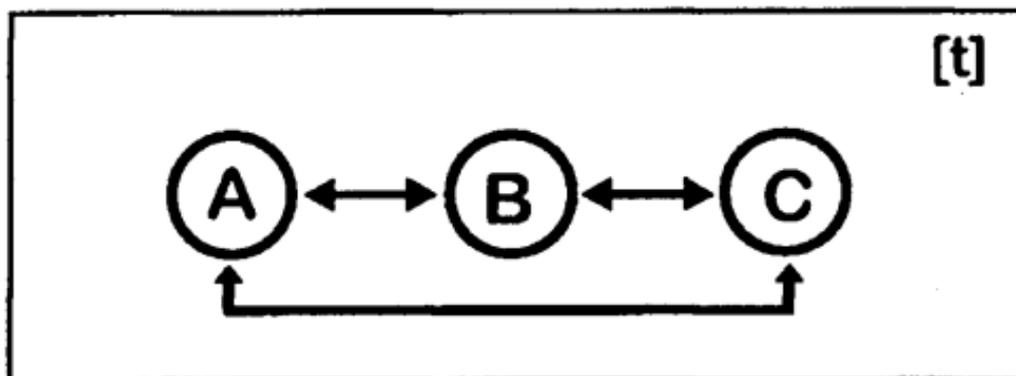


Figura 2 - Pluridisciplinaridade

Complicando mais o assunto, Filho (1997) traz a **Interdisciplinaridade auxiliar**, que diz respeito à interação de diferentes disciplinas que estão sob domínio de uma

disciplina considerada o campo integrador e coordenador, justificado a partir de uma hierarquia científica. A medicina é um exemplo de “disciplina-mestra” frente a outras auxiliares em muitos contextos ainda hoje – a expressão “paramédica” exemplifica bem o caso das disciplinas chamadas de auxiliares.

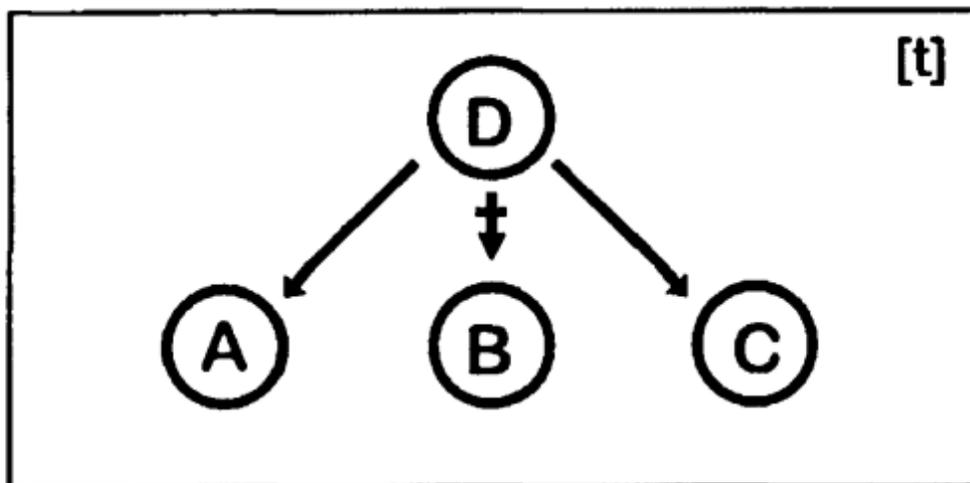


Figura 3 - Interdisciplinaridade auxiliar

Na figura (Figura 3), nota-se que a disciplina-mestra D não possui um canal de comunicação dialógica com as outras disciplinas, funcionando neste cargo de poder hierárquico nas decisões da equipe que está atuando no campo [t].

Filho (1996) também nos traz as contribuições de Bibeau (1996) a respeito da **Metadisciplinaridade**, que seria a interação entre disciplinas que seja assegurada por uma “metadisciplina”, que se situa em um nível epistemológico superior. Ela não se impõe como coordenadora, mas como integradora do campo metadisciplinar. Atua como mediadora da comunicação entre disciplinas do campo. Um exemplo é a matemática, que atua como linguagem universal para diversas disciplinas. Acrescenta: “No campo da saúde coletiva, a clínica bem que poderia ocupar esta posição metadisciplinar” (FILHO, 1997, p. 13).

Como mostra a figura a seguir (Figura 4), as disciplinas estariam conectadas à metadisciplina D, que atuaria como um “plano de fundo” comum, ou então uma mesma linguagem, que facilitaria o trabalho no campo [t]:

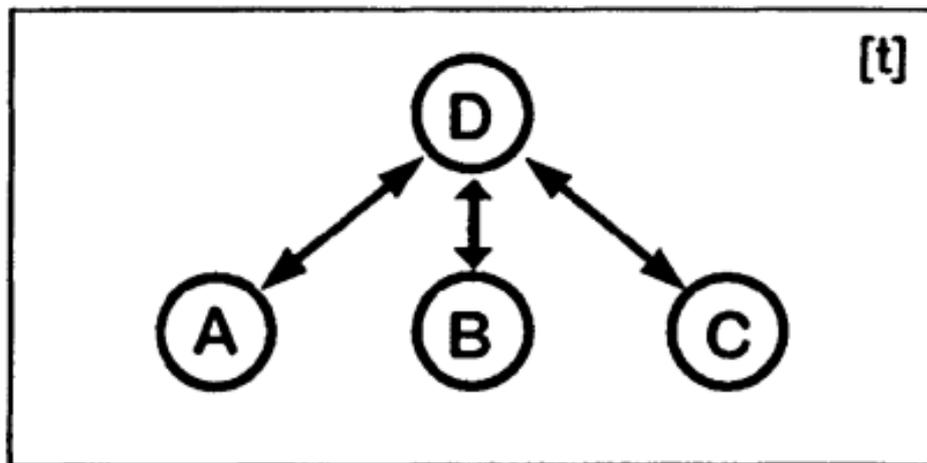


Figura 4 - Metadisciplinaridade

Chegamos então à **Interdisciplinaridade**, que é explicitada na Cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” e implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas – geralmente determinada por referência à sua proximidade com a temática comum. Esta disciplina atua não somente como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares, mas, principalmente, como coordenadora do campo disciplinar.

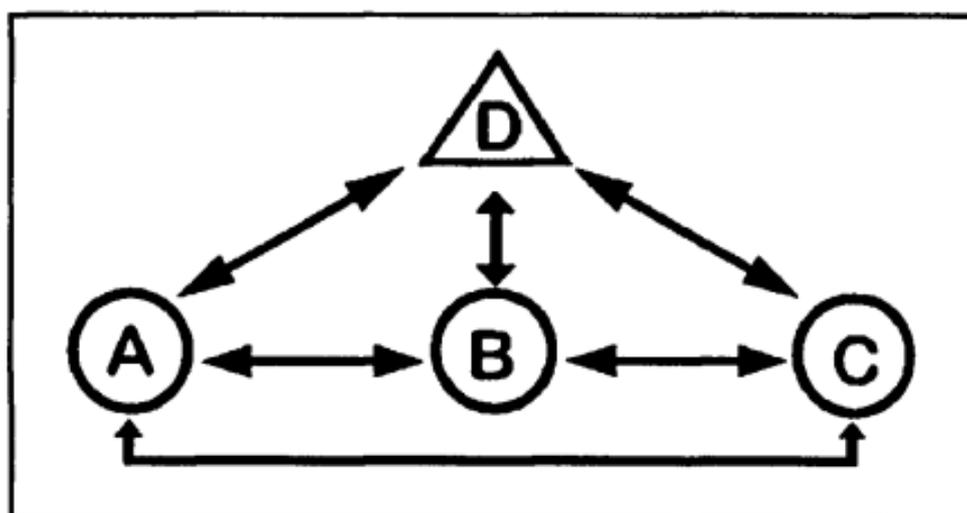


Figura 5 - Interdisciplinaridade

No esquema acima (Figura 5), a disciplina D integra e media o trabalho no campo, porém as outras disciplinas comunicam-se entre si, fazendo com que os discursos circulem mais. Filho (1997) cita o fato de esta modalidade ser compreendida como integradora do campo da Saúde Mental;

A interdisciplinaridade é entendida aqui com o estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação destes conceitos, e desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. (FILHO, 1997, p. 13)

Pensamos aqui, porém, no que a cartilha nos traz sobre o prefixo “trans” ao invés de “inter” como uma sinalização do “o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de corresponsabilidade entre os integrantes da equipe” (BRASIL, 2008, p. 28). A Transdisciplinaridade nos pareceu, assim, um conceito promissor para o campo da Saúde Mental, pois representa a ampliação que estamos propondo neste trabalho.

Segundo Filho (1997), a Transdisciplinaridade deve ser pensada como a radicalização da interdisciplinaridade, sendo necessária para a atuação dos profissionais em campos complexos de saber, que, como vimos, é o caso do trabalho em Saúde Mental.

Cada vez mais, o processo de produção do conhecimento científico será social, político-institucional, matricial, amplificado. Nesse cenário, a produção competente da ciência viabilizará abordagens totalizantes, apesar de parciais e provisórias, sínteses transdisciplinares dos objetos da complexidade. (FILHO, 1997, p. 19)

A atitude transdisciplinar, segundo o autor, “implica criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem” (FILHO, 1997, p. 13). A Transdisciplinaridade, dessa forma, promoveria uma possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre

agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos – pela via da tradução, por exemplo –, mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos.

Com uma axiomática comum, a coordenação das ações seria garantida pela finalidade comum do campo, promovendo uma horizontalização das relações de poder interdisciplinares. Este processo coloca em evidência e protagonismo os Sujeitos: tanto os componentes da equipe, que ofertam uma visão ampliada de Saúde Mental, quanto do próprio usuário do serviço, cujo PTS o garante autonomia diante de seu tratamento e derruba as estruturas hierárquicas entre cuidado–cuidador.

Baseada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Implica criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem. Vasconcelos (1996) assinala que a transdisciplinaridade significa uma radicalização da interdisciplinaridade "com a criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar de tipo novo e mais amplo". (FILHO, 1997, p. 13)

O esquema que Filho (1997) apresenta como utilizado por autores que se debruçam sobre o tema – mas que depois será refutado pelo autor – seria o seguinte:

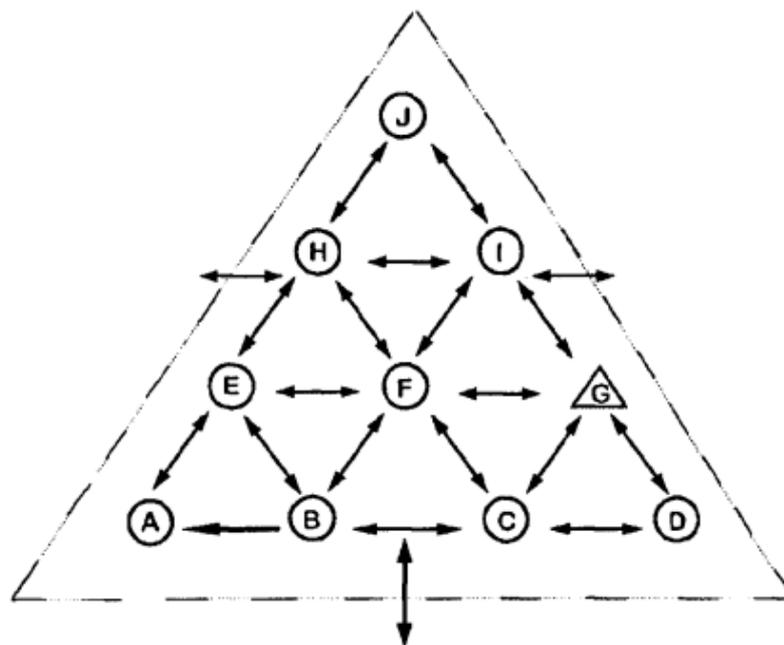


Figura 6 - Transdisciplinaridade

Nota-se que existe, neste esquema, uma axiomática comum ao campo, e maior comunicação entre as disciplinas relacionadas, assim como uma conexão com o mundo fora do campo temático, abarcando a complexidade do campo de trabalho. Porém, Filho (1997) nos traz um questionamento a este modelo, a partir das observações da comunicação entre os agentes deste campo, que não necessariamente promoveriam um diálogo. Ele nos traz uma noção ampliada, política, acerca das relações em jogo no ofício da equipe.

Os agentes não seriam somente indivíduos ocupando posições e atores desempenhando papéis. Mais que isso, os sujeitos da ciência seriam essencialmente agentes sociais, organizados em grupos sociais peculiares que têm sido denominados de "comunidades científicas", estruturados nas matrizes de pensamento e conduta que Thomas Kuhn (1970) com muita propriedade conceituou como 'paradigmas'. (FILHO, 1997, p. 15)

Este caráter “paradigmático” da formação dos agentes do campo da Saúde Mental faria com que estes tenham um modo de ver as coisas que dificulta a comunicação entre disciplinas. “Somente a quem já se encontra "dentro" de um dado paradigma, e que por isso já o incorpora (traz no seu corpo, faz dele seu corpo, é por ele possuído etc.), é dado ver o seu objeto privilegiado” (FILHO, 1997, p. 15). Dessa forma, ao analisarmos o esquema de comunicação proposto na Figura 6, nos depararíamos com o conflito de visões paradigmáticas diferentes de mundo. O autor menciona que estaríamos, então, presos em uma “missão impossível” pela via da tradução. (p. 16)

Daí decorre que as relações interdisciplinares; em princípio tenderiam mais ao conflito do que ao diálogo. A convergência, a reciprocidade, o mútuo enriquecimento, a fecundação e aprendizagem conjuntas, tudo isso que Rorty (1991) denomina de "solidariedade científica", são efeitos desejáveis que fortuitamente poderiam ocorrer nas relações entre campos disciplinares distintos, mas que, infelizmente, só aconteceriam com maior frequência no seio das raras "comunidades ideais de diálogo" (Habermas, 1978) formadas no processo de construção da coesão interna dos paradigmas. (FILHO, 1997, p. 15)

fenômeno complexo (Oc), como é o caso da Saúde Mental; estes profissionais seriam os “operadores transdisciplinares da ciência” (p. 18), capacitados para transpassar fronteiras, transformando cada campo a partir das contribuições de outros pontos de vista não alcançáveis por aquela equipe.

Nota-se que o processo de conhecimento de qualquer objeto de estudo deve ser um processo coletivo, que não pode ser dividido em parte, mas sim olhado como uma totalidade, a partir do diálogo de diferentes agentes, em diferentes campos que possuem transividade uns para com os outros. Lembrando que não necessariamente os campos devem ser compostos apenas por disciplinas clássicas, acadêmicas; para uma Clínica Ampliada é necessário validar todos os tipos de conhecimentos, sendo necessário considerar os aspectos culturais para além das produções acadêmicas tradicionais. É apenas neste movimento que se pode chegar a considerações mais próximas à realidade estudada – lembrando que o ponto central do trabalho em Saúde Mental será sempre o próprio Sujeito que chega à equipe em busca de cuidado.

Esta síntese transdisciplinar do objeto complexo que denominamos “Saúde Mental” é o que ocorreria em uma Clínica Ampliada na qual o Projeto Terapêutico Singular compartilhado pela equipe multiprofissional e a rede de apoio dos Sujeitos usuários dos serviços contasse com práticas colaborativas de cuidado e tratamento a partir desta visão ampliada, multifacetada e transdisciplinar. O conhecimento clínico tradicional é apenas um recorte de uma esfera complexa que é a Saúde Mental do Sujeito contemporâneo. Este deve ser alinhado ao conhecimento da singularidade da vida dos sujeitos, proporcionado pela saída dos muros do consultório – recuperamos aqui a importância do trânsito na cidade pelas Equipes de Saúde da Família funcionassem em cooperação de práticas transformadoras e construção de projetos e permanente diálogo entre Sujeito, mundo, e equipes multifacetadas e transdisciplinares: equipes que transitam por diferentes espaços e constroem seus itinerários coletivamente.

4.5. DIALOGICIDADE E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

*Não é no silêncio que os homens se fazem, mas
na palavra, no trabalho, na ação-reflexão*

Paulo Freire ²

Como criar "comunidades ideais de diálogo", como Habermas (1978), citado por Filho (1997) as distingue? (FILHO, 1997, p. 15). Propomos aqui que o diálogo é a base da transdisciplinaridade e de um trabalho em equipe efetivo e emancipador dos Sujeitos envolvidos. Na experiência finlandesa descrita por Seikkula e Arnkil (2020) denominada "Diálogo Aberto", os autores trazem formas de dialogismo no trabalho psicossocial, a partir de reuniões dialógicas com todos os componentes das redes sociais do Sujeito envolvido no tratamento. Segundo os autores;

Mikhail Bakhtin (1981) assinalou que o discurso competente é finito e exige que o reconheçamos, que façamos dele nosso discurso. O diálogo, em contraste, é aberto. Os sentidos são gerados e transformados de uma resposta a outra. Quanto mais vozes são incorporadas num diálogo *polifônico*, mais ricas são as possibilidades de que emerja a compreensão. O diálogo é um modo de pensar junto, no qual a compreensão se forma entre os participantes como algo que ultrapassa as possibilidades de uma única pessoa. (SEIKKULA & ARNKIL, 2020, p. 37)

Segundo Filho (1997), a busca pela transdisciplinaridade é a busca por uma nova ciência, mais integrada, e para que ela seja alcançada precisamos nos livrar dos enciclopedismos renascentistas e iluministas e construir um novo tipo de enciclopedismo; coletivo. (FILHO, 1997, p. 19). Um conhecimento construído coletivamente a partir do diálogo polifônico, que possibilitará uma análise mais rica, um modo de pensar junto o cuidado do Sujeito no mundo.

Pensando, porém, na Transdisciplinaridade como um modelo não hegemônico de trabalho em nosso tempo, é necessário pensar na promoção de estratégias de educação permanente para os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial para possibilitar que este modelo seja incorporado nas ações dos serviços de Saúde Mental. Não se trata,

² FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Editora Paz e Terra 73. Ed. P.75. p. 78. Rio de Janeiro/ São Paulo, 2020.

porém, de um processo individual de cada profissional, mas sim de uma ação coletiva. Como afirma ROSA;

Naturalmente, os profissionais que militaram pelas mudanças, que puderam experienciar transformações institucionais e/ou participaram das discussões políticas do setor, provavelmente conseguem traduzir os princípios da reforma para as práticas cotidianas. Mas o que fazer com a outra grande maioria representada pelos que não tiveram oportunidade de aprender com o antiexemplo de alguns manicômios ou não tiveram contato com a militância e os movimentos pró-reforma? (Furtado & Campos, 2005, p. 113-114 apud ROSA et al, p. 655).

Pensando na necessidade de jogarmos luz à formação dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, recorreremos a alguns conceitos que uniriam as mais diversas profissões de cuidado para com o Sujeito, pensando no conceito de interprofissionalidade em Saúde. A partir da criação do Comitê de Especialistas da OMS, em 1973, diante de uma preocupação com a educação médica a Educação Interprofissional (EIP) vem ganhando notoriedade como um método para melhorar a satisfação no trabalho e aumentar a apreciação pelo trabalho de equipe em saúde. A EIP consiste no desenvolvimento de competências comuns a diversas profissões, específicas de cada profissão e colaborativas, respeitando sempre as especificidades de cada profissão.

Contando com situações de aulas mescladas com estudantes de diversos cursos, simulação de situações práticas, iniciativas baseadas na comunidade e aprendizados digitais, a EIP busca o contato dos diversos cursos que atuam na área da saúde antes da prática profissional, em si. No que diz respeito ao trabalho em saúde no Brasil;

A partir da implementação de diretrizes nacionais curriculares nos cursos de saúde para a integração curricular, diversificação dos cenários de aprendizagem, articulação com o SUS, abordagem ética, humanista crítico-reflexiva e cuidadora do exercício profissional, com base numa concepção ampliada de saúde. (SILVA et al, 2020, p. 25)

As Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) nos cursos de saúde se mostram como uma importante tentativa de superação das dificuldades do trabalho ao que o SUS se propõe. Iniciativas como o Pró-Saúde, PET-Saúde, assim como currículos traçados pela UNIFESP (2006) e UPE (2013), buscaram-se construir módulos de estudos interprofissionais no que diz respeito à atenção à saúde na perspectiva do cuidado, integralidade da atenção e trabalho em equipe, entendendo a pesquisa como propulsora do ensino e da aprendizagem.

Se o Pró-Saúde foi estruturante para promover mudanças institucionais e o deslocamento da área da saúde da universidade, de dentro dos seus muros, para a integração com a comunidade e suas necessidades no SUS, o PET-Saúde reforçou esse movimento, conferindo maior concretude ao processo por meio de projetos diretos de intervenção com base em diagnóstico situacional do território. (HADDAD et al, p. 4, 2012)

O PET-Saúde introduziu o componente da pesquisa sobre ensino e aprendizagem incorporados aos serviços de saúde.

Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde: o objetivo do Pró-Ensino é promover a formação docente orientada à sustentabilidade do processo de mudanças em curso e fortalecer as linhas de pesquisa relacionadas ao ensino e à graduação.

A consolidação do processo de regionalização do SUS, e em cada região da saúde, assim como a consolidação das redes de atenção à saúde, estão na ordem do dia. Indicadores estão sendo criados para que se possa medir o acesso com qualidade à atenção à saúde e o grau de satisfação dos usuários do SUS. E para que isso possa se tornar realidade, não há dúvidas de que os profissionais e trabalhadores da saúde são imprescindíveis. (HADDAD et al, p. 4, 2012)

5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar – Fernando Birri³

Inspirada pelo modelo Transdisciplinar e dialógico proposto nesta pesquisa, me pareceu conveniente desfragmentar estes últimos itens da pesquisa, escrevendo, por tanto, na presente seção, tanto as conclusões às quais pudemos chegar neste trabalho, assim como considerações finais e possíveis direcionamentos a partir do que foi até aqui produzido.

Diante de todo material aqui apresentado nesta pesquisa, pudemos observar que a Interprofissionalidade e, principalmente o modelo de Transdisciplinaridade, na busca de situações dialógicas acerca da complexidade dos temas da Saúde Mental, são essenciais para pensar a instrumentalização das equipes dos serviços de Saúde Mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em uma proposta de Clínica Ampliada, como proposto na Cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” (BRASIL, 2008). Trata-se de um trabalho complexo, social, político repleto de transversalidades de saber relativos à Reforma Psiquiátrica. Amarante (2011) afirma que:

Para o campo da saúde mental, é de fundamental importância a distinção entre uma Reforma Psiquiátrica de caráter meramente técnico-assistencial e uma Reforma Psiquiátrica enquanto um processo social complexo, na qual os atores são sujeitos políticos voltados para a construção de cidadania e transformação cultural das formas de relação com a loucura e com a saúde (AMARANTE, 2011)

Neste contexto de crise no âmbito da Saúde Pública nacional, percebemos a importância do ensino para as diversas profissões da Saúde Mental, a importância da intersetorialidade e do diálogo entre diferentes áreas da Saúde, assim como da educação continuada e da Educação Interprofissional (EIP) para a instrumentalização destes profissionais. A Educação Interprofissional, alinhada com a valorização de saberes

³ citado por Eduardo Galeano in GALEANO, E. Las palabras andantes. Siglo XXI, p. 230. Argentina, 1994.

historicamente ignorados pela medicina e outras áreas da saúde, principalmente no que diz respeito às diferentes vivências culturais de cada Sujeito e cada comunidade, trata-se de uma Revolução Cultural, uma Revolução também da Academia, de todas as disciplinas do Cuidado em Liberdade.

No subtítulo “Saúde Mental e Clínica Ampliada” (4.1) pudemos observar, a partir da construção de uma clínica tradicional, a importância de pensar a complexidade do conceito de Saúde Mental para pensarmos uma ampliação para a clínica, que abarque a singularidade dos sujeitos, os colocando como autônomos frente a seus processos de cuidado, o que se materializou, no contexto da RAPS, no conceito de Clínica Ampliada (CA), apresentado na Cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” (BRASIL, 2008).

Em “Territorialidade: a atitude clínica na cidade” (4.2), pôde-se perceber a importância do Território vivencial dos Sujeitos para pensar o processo de Saúde Mental, encontrando nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) importantes contribuições para acessar os Sujeitos em seus territórios, podendo abarcar as singularidades das redes de cuidado em questão.

No pronto “Projeto Terapêutico Singular e corresponsabilidade da equipe” (4.3), atentamos nosso olhar para o cuidado integral do Sujeito a partir das estratégias de elaboração de um PTS como forma de abarcar diversos olhares sobre um caso complexo, além de dar autonomia e liberdade para o sujeito para dialogar com a equipe, coconstruindo seu próprio tratamento. Neste cenário, percebemos também a importância da tomada de responsabilidade neste processo; tanto do próprio usuário do serviço de Saúde Mental, quanto da própria equipe, que necessita estar investida no diálogo de cada PTS em sua singularidade. Percebemos, porém, neste subtítulo, que um dos maiores desafios para a tomada de responsabilidade dos profissionais com os PTS se dá por uma falta de comunicação da equipe, o que nos levou a desenvolver o seguinte tema;

“Interprofissionalidade e Transdisciplinaridade” (4.4) é o quarto subtítulo, no qual abordamos o conceito de Transdisciplinaridade como descrito por Filho (1997), pensando no próprio conceito de disciplinaridade e fragmentação do saber como relacionados à fragmentação do cuidado, que deve ser superado na Clínica Ampliada. Percebemos, no campo complexo da Saúde Mental, a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e competência de cada um dos profissionais; trata-se de um processo coletivo, que necessita diálogo e trânsito de papéis a fim de compreender o Sujeito em

seu mais profundo funcionamento, pensando em equipe os itinerários de cada um que chega no serviço, assim como as estratégias de construção coletiva de Projetos Terapêuticos Singulares.

No subtítulo final, “Dialogicidade e Educação Interprofissional” (4.5), pensamos nos desafios atuais frente à teoria da Transdisciplinaridade que é; como promover o diálogo? Percebemos, neste contexto, a importância de processos de contato com o outro e com os diferentes conhecimentos envolvidos na área da Saúde Mental, encontrando na Educação Interprofissional (EI) e nas Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) importantes incentivos às trocas profissionais na área da saúde.

O trabalho em Saúde Mental se trata de criar formas de cuidado, que respeitem toda Singularidade dos Sujeitos e toda complexidade do conceito de Saúde Mental. Trata-se também de emancipar os Sujeitos para que estes sejam produtores de seu próprio cuidado; é um trabalho de produzir produção de vida. Para isso, precisamos de equipes que acreditem no trabalho que fazem – e porque o fazem; não à toa, nos detemos muito na Reforma Psiquiátrica para introduzir este trabalho. Trata-se de um movimento histórico, político e temporal no qual estamos fundados, na busca por uma sociedade mais justa, mais igualitária e mais humana.

bell hooks (cujo heterônimo é escrito em letras minúsculas para ressaltar o valor de sua obra antes de sua individualidade) nos ensina em “Tudo sobre o amor: novas perspectivas” a importância do amor, compreendido não apenas como um sentimento, mas como uma ação, para a transformação da sociedade. Cita Peck (1978), definindo o amor como “a vontade de se empenhar ao máximo para promover o próprio crescimento espiritual ou o de outra pessoa” (HOOKS, 2021, p. 47). Na Psicologia temos medo da palavra espiritualidade pela necessidade herdada do cartesianismo de nos justificarmos como ciência, porém a espiritualidade e o amor são essenciais para assumir responsabilidade e comprometimento para com a árdua tarefa do cuidado em Saúde Mental. O trabalho com pessoas é desafiador pois afeta nossas estruturas mais íntimas; o que há de mais humano em nós, de mais espiritual. Ao pensarmos no amor como ação, como sugere hooks, no contexto do trabalho dos serviços substitutivos aos manicômios, me parece promissor que o trabalho de cuidado seja também um trabalho afetuoso, amoroso.

O trabalho em Saúde Mental, a meu ver, deve ser um trabalho amoroso. Amor pela liberdade, por uma utopia coletivizada e humanizada. A antimanicomialidade trata-se de um novo projeto civilizatório; um novo paradigma ético e social. Dessa forma, trata-se em substituir estruturas de hierarquia e poder muito complexas, o que demanda não apenas muita dedicação, mas o trabalho coletivo. Talvez esse seja nosso maior desafio; recuperar o fazer coletivo. Em uma sociedade que preza pela individualidade, isto não é tarefa fácil, mas vemos no cotidiano de serviços de saúde mental muitos trabalhadores se esforçando e caminhando para uma revolução diária.

Este trabalho talvez tenha sido apenas um devaneio de uma das inúmeras possibilidades de construir este fazer coletivo. Porém, ao compartilhá-lo com o mundo, espero estar transformando um pouco estas minhas reflexões de um curso de Psicologia em algo palpável; em ação; em amor. Como dizia Raul Seixas: “Sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só; mas sonho que se sonha junto é realidade” (Prelúdio, 1974)

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16 mar. 2018.

ANDRADE, C. D. de. **Mundo Grande**. Sentimento do Mundo. 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

AUGRAS, M. **Por que não a fenomenologia?** O ser da compreensão: fenomenologia da situação do psicodiagnóstico. 16 ed. – Petrópolis. Vozes, p. 7 – 19, 2013.

AZEVEDO, K. R. N. **E aí as histórias ficam boas: narrativas sobre a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG**. Universidade Federal de São João del-Rei, Departamento de Processos Psicossociais e Socioeducativos, 2014.

BASAGLIA, F. **A instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico**. Edições Graal, Rio de Janeiro, 1985.

BEDRIKOW, R; CAMPOS, G. W. **Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito**. *Revista Associação Médica Brasileira*. Vol. 57; p. 610-613, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/pDT8dGNS6nZbZPLdKVVksQN/?format=pdf&lang=pt> acesso em 01/06/2022.

BRANCO, R. **Medicina e Saúde em O Nascimento da Clínica de Michel Foucault**. *Sapere aude*, vol. 12 – n. 23, p. 102-113. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/26139/18404> acesso em 03/06/2022.

BRASIL. **Lei Nº 10.216 – 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm acesso em: 18/03/2022.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA GM/MS Nº 3.088/2011** -, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília; MS, 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

acesso em: 18/03/2022.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** 2002. <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>
Acesso em: 2 mar. 2016.

DELL'ACQUA; MEZZINA. **Resposta à Crise: estratégia da intervenção no serviço psiquiátrico territorial.** Revista Per Salute Mentale – Pratiche Riverche Culture dell'innovazione, volume 1 n. 1. Trieste, 1989. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4456082/mod_resource/content/2/Texto%20Reposta%20a%20crise.pdf acesso em 10/06/2022.

DELGADO, P. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte.** Revista Trabalho Educação e Saúde. Rio de Janeiro, ed. 17(2), 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfsgDK7bkn/?format=pdf&lang=pt>
acesso em 26/05/2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.** Brasília: CFP, 2013.

FILHO, N. A. **Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva II (1/2), 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZvbpZyt8VYHSQT4jbcWzbHw/?lang=pt&format=pdf>
acesso em: 18/03/2022.

FILHO, N. A. et al. **O conceito de saúde mental.** Revista USP, 43, p. 100-125: 1999. Disponível em: <https://bit.ly/2ztsYE1> acesso em 03/06/2022.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Editora Paz e Terra 73. Ed. Rio de Janeiro/ São Paulo, 2020.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Tradução de Roberto Machado. Editora Forense, 7ª edição. Rio de Janeiro, 2021.

GAINO, L. et al. **O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas. 14(2): 108-116; 2018.

GALEANO, E. As palavras andantes. Siglo XXI, Argentina, 1994. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B7U4W77dQS3qVEQzNUREVmw5TW8/view?resourcekey=0-3Vy9f8n7IfH1TgjMWOXggg> acesso em 17/06/2022.

GAMA et al. **Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia, vol. 17(1 p. 69-84. São Paulo, 2014.

HADDAD et al. **Pró-Saúde e PET-Saúde: a Construção da Política Brasileira de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Editorial; Revista Brasileira de Educação Médica, volume 36, p 3 – 4, 2012.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 14(1), p. 297-305, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxK9HXvFL39Nf/?format=pdf&lang=pt> acesso em 26/05/2022.

HOOKS, B. **Tudo sobre o amor: novas perspectivas**. Tradução Stephanie Borges, Editora Elefante, São Paulo, 2021.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2005.

LEMINSKI, Paulo. **Toda Poesia**. 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

MANIFESTO DE BAURU. **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental**. Bauru, dezembro de 1987.

OLIVEIRA et al. **O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica**. Escola Anna Nery. Vol. 21(3), João Pessoa, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/z5XwdsmszGVFBdGKZnNGtCf/?format=pdf&lang=pt> acesso em 09/06/2022.

PORTUGAL, C. M. et. al. **A clínica entre parênteses: reflexões sobre o papel da arte e da militância na vida de usuários de saúde mental**. Physis: Revista de Saúde

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28(2), e280211, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280211> acesso em 18/03/2022.

RAMOS, D. **Transdisciplinaridade em saúde: uma análise integrativa da literatura.** UNESP, Botucatu: [s.n], 2009. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98369/ramos_dcs_me_botfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y acesso em 13/06/2022.

REBOUÇAS, D. et al. **Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental.** Revista Saúde Pública vol. 41(2): p. 244-250. São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2007.v41n2/244-250/pt> acesso em 06/05/2022.

ROSA, E. Z. **Em defesa de uma sociedade sem manicômios: disputas e ameaças frente ao recrudescimento do projeto neoliberal.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 8(3), 254-257, 2019. DOI: 10.17267/2317-3394rpds.v8i3.2618

ROSA, E. Z. et al. **Formação em Saúde Mental: trajetórias do curso de Psicologia em diálogo e compromisso com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.** Psicologia Revista. Volume 28, n. especial, p. 650-680. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/46818/31315> acesso em 24/05/2022.

SANTOS et al. **Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf.** Saúde Debate vol. 41, n. 114, p. 694-706. Rio de Janeiro, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711402 acesso em: 11/06/2022.

SEIKKULA, J; ARNKIL, T. E. **Reuniões dialógicas de redes sociais: formas de dialogismo no trabalho psicossocial.** Tradução Vera Ribeiro, Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2020.

SILVA et al. **Introdução à Interprofissionalidade.** Casos clínicos interprofissionais: da teoria à prática. 1ª ed. Capítulo 1; p. 21 – 32. Salvador, Editora Sanar, 2020.

SILVA et al. **Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Vol.17, n.2, p. 197-202, 2013. DOI:10.4034/RBCS.2013.17.02.14

TORRE, E. AMARANTE, P. **Michel Foucault e a “História da Loucura”: 50 anos transformando a história da Psiquiatria.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Vol. 3 p. 41-64. Florianópolis, 2011.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abilio. **A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, jan. 2008.