

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO

EDUARDO GIACOMINI

**OS SENTIDOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE
MENTAL**

CASCAVEL – PR
(Fevereiro/ 2022)

EDUARDO GIACOMINI

**OS SENTIDOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE
MENTAL**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa De Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde

ORIENTADORA: Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto

CASCADEL – PR
(Fevereiro/ 2022)

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Giacomini, Eduardo

Os sentidos da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental / Eduardo Giacomini; orientadora Maria Lucia Frizon Rizzotto. -- Cascavel, 2022.

232 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em BioCiências e Saúde, 2022.

1. saúde mental. 2. interdisciplinaridade. 3. trabalho em saúde. 4. saúde coletiva. I. Frizon Rizzotto, Maria Lucia, orient. II. Título.

EDUARDO GIACOMINI

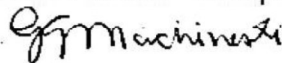
**OS SENTIDOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE
MENTAL**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.



Orientador(a) - Maria Lucia Frizon Rizzotto

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



Gicelle Galvan Machineski

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



Rogerio Miranda Gomes

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Cascavel, 25 de fevereiro de 2022

Aos meus pais, que pela luta diária permitiram-me o sonho.

AGRADECIMENTOS

Ao Jon, pelo apoio e companhia tão amáveis. Às amigas Luana e Regina, de quem recebo dedicada atenção. À Maria Lucia e ao Alexandre, pelo incentivo e encorajamento. À Dra. Gicelle e Dr. Rogério, por investirem tempo e lucidez no exame deste trabalho. E de maneira muito especial à Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto, que generosamente me conduziu por este caminho de pesquisa e transformação.

RESUMO

GIACOMINI, E. **Os sentidos da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental**. 232 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2022.

A interdisciplinaridade ocupa o centro de reflexões forjadas nos mais diversos campos do conhecimento, ora como recurso metodológico para pesquisas científicas, ora como estratégia concreta de trabalho. Na área da saúde, a atuação interdisciplinar representa atitude contra-hegemônica, voltada à superação de posturas profissionais solitárias, fragmentadas, excessivamente especializadas e dirigidas a corpos biológicos e individuais. Questões ligadas à saúde mental e àquilo que se supõe como adoecimento psíquico ressoam de modo crescente nas populações, revelando o fracasso do modelo biomédico na condução da problemática. Nesta pesquisa, objetivou-se analisar a expressão da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, em que foram combinados dois procedimentos metodológicos: uma revisão integrativa de literatura e; uma fase de pesquisa de campo, representada na realização de entrevistas não-dirigidas. A revisão integrativa de literatura ocorreu entre os meses de maio e agosto de 2021, com buscas nas bases de dados BVS, SciELO, Scopus, Google Acadêmico, *OpenGrey* e *ProQuest*, nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola, francesa e italiana, e resultou na seleção de 43 produções, que foram relatadas e examinadas à luz do marco teórico da saúde coletiva, com técnica de análise de conteúdo do tipo temática. Entre os meses de junho e dezembro de 2021, realizaram-se 5 entrevistas não-dirigidas com pessoas que, há pelo menos dez anos, estivessem envolvidas em estudos ou debates a respeito do trabalho em saúde mental, e que manifestassem aproximação teórica com o campo da saúde coletiva. Os dados de mais de 330 minutos de narrativas, produzidos nas entrevistas, foram submetidos à análise de conteúdo, do tipo temática. Dentre as pesquisas selecionadas na revisão integrativa de literatura, houve predomínio de brasileiras, datadas dos últimos dez anos, oriundas da área da saúde e desenvolvidas sob abordagem qualitativa. Recuperaram-se, na amostra bibliográfica, 54 excertos voltados à caracterização do trabalho interdisciplinar, cuja análise permitiu o reconhecimento de quatro categorias temáticas ligadas à interdisciplinaridade no contexto das práticas de cuidado em saúde mental: conceito, operacionalidade, objetivo e atributos. A amostra de entrevistados foi composta por 3 mulheres e 2 homens, dos quais 4 eram graduados em medicina e 1 em enfermagem, 4 possuíam como maior título o doutoramento e 1 o pós-doutoramento, e todos exerciam atividades docentes em programas de graduação, de pós-graduação ou, em ambos. O tempo de envolvimento em estudos ou debates a respeito do trabalho em saúde mental variou de 15 a mais de 40 anos. A partir da análise das entrevistas, foram identificadas quatro categorias temáticas: conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental, operacionalização do trabalho interdisciplinar em saúde mental, possibilidades e limites para a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental e relação entre saúde coletiva e

trabalho interdisciplinar em saúde mental. Considerações finais: constatou-se, com este estudo, que há um esvaziamento teórico a respeito daquilo que caracteriza a interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental; que o conceito de interdisciplinaridade é dinâmico e não delimitável, porém passível de algumas teóricas; que a interdisciplinaridade representa oportunidade para superação do modelo biomédico de cuidado, expressa-se no plano concreto do trabalho em saúde mental e carece da ocorrência de profissionais diversos e com habilidades para relacionar saberes; que é influenciada por modelos de gestão, pelo paradigma disciplinar, e capaz de produzir novas práticas; que a formação para o trabalho interdisciplinar é necessária para sua ocorrência e que práticas e debates sobre interdisciplinaridade e cuidado em saúde mental encontram espaço profícuo no campo da saúde coletiva.

Palavras-chave: saúde mental. interdisciplinaridade. trabalho em saúde. saúde coletiva. reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

GIACOMINI, E. **The meanings of interdisciplinarity at work in mental health**. 232 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2022.

Interdisciplinarity is the center of reflections that come from different areas of knowledge, either as a methodological resource for scientific research, or as a concrete work strategy. In the health area, interdisciplinary actions appear as a counter-hegemonic attitude, aimed at overcoming solitary, fragmented and excessively specialized professional postures directed at biological and individual bodies. Issues related to mental health and what is supposed to be psychic illness are growing in the world, revealing the failure of the biomedical health model to control the problem. This research aimed to analyze the expression of interdisciplinarity in mental health care practices. This is an exploratory study with a qualitative approach, in which two methodological procedures were combined: an integrative literature review and; an exploratory phase represented by non-directed interviews. The integrative literature review took place between May and August 2021, with searches in the BVS, SciELO, Scopus, Google Scholar, OpenGrey and ProQuest databases, in Portuguese, English, Spanish, French and Italian, and resulted in the selection of 43 productions, which were reported and examined in the light of the theoretical framework of collective health, with thematic content analysis technique. Between June and December 2021, 5 non-directed interviews were carried out with people who, for at least ten years, had been involved in studies or debates about mental health work, and who expressed a theoretical approach to the area of collective health. Data from more than 330 minutes of narratives, produced in the interviews, were subjected to content analysis, of the thematic type. Among the studies selected in the integrative literature review, there was a predominance of Brazilian studies, dating from the last ten years, coming from the health area and developed under a qualitative approach. In the bibliographic sample, 54 excerpts aimed at characterizing interdisciplinary work were recovered, whose analysis allowed the recognition of four thematic categories linked to interdisciplinarity in the context of mental health care practices: concept, operationality, objective and attributes. The sample of interviewees was composed of 3 women and 2 men, of whom 4 were graduated in medicine and 1 in nursing, 4 had a doctoral degree and 1 a post-doctoral degree, and all of them performed teaching activities in undergraduate, graduate or both. The time of involvement in studies or debates about mental health work ranged from 15 to more than 40 years. Based on the analysis of the interviews, four thematic categories were identified: concept of interdisciplinarity in mental health work, operationalization of interdisciplinary work in mental health, possibilities and limits for carrying out interdisciplinary work in mental health and the relationship between collective health and interdisciplinary work in mental health. Final considerations: it was found, with this study, the existence of a theoretical gap regarding what characterizes interdisciplinarity in mental health care

practices; the concept of interdisciplinarity is dynamic and not delimitable, but subject to some theoretical demarcations; interdisciplinarity represents an opportunity to overcome the biomedical model of care; it is expressed in the concrete plan of work in mental health; lack of diverse professionals with skills to relate knowledge; it is influenced by management models and the disciplinary paradigm; it is capable of producing new practices; training for interdisciplinary work is necessary for its occurrence and; practices and debates that relate interdisciplinarity and mental health care find fruitful space in the field of collective health.

Keywords: mental health. interdisciplinarity. health work. collective health. psychiatric reform

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Associação de descritores por base de dados	40
Figura 2 – Fluxo de identificação e seleção de registros	42
Figura 3 – Relações entre pré-categorias temáticas na composição da categoria temática ‘conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental’	51
Figura 4 – Relações entre pré-categorias temáticas na composição da categoria temática ‘operacionalização do trabalho interdisciplinar em saúde mental’	51
Figura 5 – Relações entre pré-categorias temáticas na composição da categoria temática ‘possibilidades e limites para a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental’	52
Figura 6 – Relações entre pré-categorias temáticas na composição da categoria temática “relação entre saúde coletiva e trabalho interdisciplinar em saúde mental”.	53

QUADROS

Quadro 1 – Uso da estratégia SPIDER para definição das perguntas de pesquisa.	37
Quadro 2 – Relação entre pré-categorias temáticas e temas	49

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
APS – Atenção Primária em saúde
AVAI - Total de anos de vida ajustados por incapacitação perdidos
BIREME – Biblioteca Regional de Medicina
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS – Centro de atenção psicossocial
CEP – Comitê de ética em pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
Coep – Comissão nacional de ética em pesquisa
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
DSM – *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos
ESF – estratégia de saúde da família
MeSH - *Medical Subject Headings*
NASF – núcleo de apoio à saúde da família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PBE – Prática baseada em evidências
PNSM – Política nacional de saúde mental
RAPS – Rede de atenção psicossocial
SciELO – *Scientific Electronic Library Online*
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNIOESTE – PR – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3. QUADRO TEÓRICO	20
3.1 Perspectivas sobre saúde e saúde mental	20
3.2 Interdisciplinaridade: teoria e prática	24
3.3 O campo da saúde coletiva como marco teórico	28
3.4 Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial	31
4 METODOLOGIA	35
4.1 A revisão integrativa da literatura	36
4.1.1 Da seleção das hipóteses ou questões	37
4.1.2 Da seleção e composição da amostra	38
4.1.3. Da categorização dos estudos que compõem a amostra	43
4.1.4 Da análise dos achados e da interpretação dos resultados	44
4.1.5 Do relato da revisão	44
4.2 As entrevistas não-dirigidas	44
4.2.1 Da seleção do método	44
4.2.2 Da seleção dos participantes	45
4.2.3 Da realização e transcrição das entrevistas	46
4.2.4 Da análise dos dados das entrevistas	48
4.2.5 Aspectos éticos	53
5. ARTIGOS CIENTÍFICOS	54
5.1 Artigo: 'Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura'	55
5.2 Artigo: 'Os sentidos da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental'	85
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107

REFERÊNCIAS GERAIS 109

APÊNDICES 126

ANEXOS..... 220

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história humana, o interesse pelo que determina e compõe os fenômenos de adoecimento e saúde tem alcançado diversos coletivos e territórios. “A doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as sociedades” (LANGDON; WIIK, 2010, p.178).

Muitas pesquisas sugerem, na contemporaneidade, incidências crescentes daquilo que se reconhece como adoecimento mental. A Organização Pan-Americana de Saúde (2001) aponta que as patologias mentais e do comportamento tendem a atingir entre 20 e 25% das pessoas ao longo de suas vidas e que no ano de 2000, junto das perturbações neurológicas, representavam 12% das causas de total de anos de vida ajustados por incapacitação perdidos (AVAI), cifra que alcançaria 15% em 2020. Apesar de poderem acometer qualquer sujeito, a Organização Mundial da Saúde (2010) expressa que cerca de três quartos da carga dos transtornos mentais mundiais ocorrem em países de baixa e média renda, com ônus para indivíduos, família, economia e sociedade e que, para que se atinjam melhorias nesses apontadores, são fundamentais ações de integração. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2021), a atenção à saúde mental requer, além de cuidados em saúde, estratégias de apoio social. Em países pobres, 76% a 85% das pessoas que carecem desses cuidados não o recebem, enquanto em países de alta renda isso acontece com 35% a 50% dos habitantes, complementando a organização.

A desarticulação entre práticas sanitárias e sociais pode ocorrer, em parte, pela fragmentação contida no campo da saúde e das próprias ciências, pelo afastamento entre disciplinas e pelo empuxo às especializações:

Na arena científica, mais e mais se valorizava a especialização, tanto no sentido de criação de novas disciplinas científicas, quanto na direção de subdivisões internas nos próprios campos disciplinares. (ALMEIDA FILHO, 2005, p.33).

Para Amarante (1996), a própria psiquiatria surgiu como parte de um projeto tecno-científico da modernidade, pelo qual se pressupunha a sempre existência das doenças da psique, e pelo qual se acreditava que o sujeito epistêmico só poderia

conhecer a realidade a partir do distanciamento, da neutralidade e da imparcialidade em relação ao objeto. Deste modo, acrescenta Amarante (1996), a psiquiatria assumiu um tom marcadamente positivista em relação ao cuidado, tornou-se implicada na descoberta de etiologias e tratamentos de bases biológicas, e passou a repelir conhecimentos advindos de outras áreas, sob o argumento de não serem cientificamente verdadeiros.

Schneider et al. (2009) afirmam que a psiquiatria surgiu no século XVIII e, desde lá, tem sido acompanhada pelo paradigma asilar, o qual é contraposto pela noção de atenção psicossocial, que busca privilegiar ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, cidadania, ressocialização, e prevê equipes multiprofissionais que, pela ação interdisciplinar, ganham possibilidade de compartilhar saberes, dialogicamente. A participação de múltiplos profissionais e a estruturação de redes de atenção de base comunitária é indispensável para o exercício interdisciplinar, entretanto, faz-se necessário investigar e compartilhar informações a respeito de como essas práticas têm sido desenvolvidas e aplicadas. Queiroz e Delamuta (2011) afirmam que o trabalho de uma clínica interdisciplinar ampliada favorece a desmedicalização dos indivíduos, a desospitalização e o convívio social cidadão, além de colocar a doença sob a mirada do conjunto de uma equipe, que deliberará coletivamente sobre as tecnologias terapêuticas mais apropriadas, as quais podem ser adaptáveis e provisórias. Tratar de estratégias de cuidado interdisciplinares e compartilhadas envolve refletir sobre possibilidades de atuação inovadoras, ao mesmo tempo em que se constitui em espaço de tensões políticas e ideológicas entre aquilo que se propõe como novo e o que está posto pelo modelo sanitário dominante.

As crescentes taxas do que se chama adoecimento psíquico expressam urgência por pesquisas que vislumbrem o cuidado para além da égide do modelo biomédico, capazes de somar saberes e práticas. A ação interdisciplinar, defende Minayo (1994), desponta como possibilidade de associar ciência, técnica e política, e de intervir sobre objetos complexos – como a saúde.

O trabalho é palco central para a proposição, avaliação e exercício de práticas de cuidado em saúde mental. Ele é, discute Arcari (2018), uma atitude essencialmente humana e procedimental, integradora de saberes e profissionais, voltada para a realização de uma obra e, no campo da saúde, envolve os processos de produção e consumo de serviços, a interprofisisonalidade e a intersetorialidade,

os usuários e os profissionais, e lança vistas à integralidade do cuidado. Gomes (2010) destaca que a noção de trabalho em saúde é perpassada por inesgotável dinamismo histórico e que, desta forma, não permanece estanque; acrescenta que os planos científico-epistemológico, tecnológico-operatório, assim como as ordens políticas, sociais e culturais, impactam formas de se adjetivar e reconhecer esses trabalhos, que correspondem não a um fenômeno único e definido, mas a múltiplos. Muitas são as nuances do trabalho em saúde e, por isso, neste estudo, consideramos a que diz respeito às práticas de cuidado em saúde mental.

Diante de indicativos de crescente adoecimento psíquico em várias populações, e do imperativo de se pensar estratégias capazes de ampliar a compreensão do fenômeno saúde-doença, garantindo respostas às demandas sanitárias das comunidades, firmou-se a intenção de desenvolver esta pesquisa sob uma indagação central: como se expressa a interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental? O olhar crítico para a realidade, conjunturas políticas, sociais, econômicas e simbólicas, interessa diante do anseio de examinar a complexidade compreendida nas práticas de cuidado em saúde mental. Por essa razão, escolheu-se o campo da saúde coletiva como marco teórico que, influenciado pelo marxismo, ocupa-se da exploração material e histórica de temas relacionados à saúde e às sociedades.

Esta pesquisa constitui-se como um estudo exploratório e de abordagem qualitativa, em que foram combinados dois procedimentos metodológicos: uma revisão integrativa de literatura e; uma fase de pesquisa de campo, representada na realização de entrevistas não-dirigidas.

Seguem apresentadas nesta dissertação, em sequência, cinco seções: a primeira contém a exposição dos objetivos geral e específicos do estudo; a segunda compreende o quadro teórico que o fundamenta, dividido em quatro subseções de revisão de literatura, relacionadas a perspectivas sobre saúde e saúde mental, a aspectos teóricos e práticos da interdisciplinaridade, ao campo da saúde coletiva como marco teórico e à reforma psiquiátrica e atenção psicossocial; a terceira encerra detalhamentos dos procedimentos metodológicos utilizados na realização da revisão integrativa de literatura e da pesquisa de fase exploratória; a quarta envolve, em suas duas subseções, a apresentação de dois artigos científicos, produtos diretos deste trabalho, intitulados 'Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura' e 'Os sentidos da

interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental' e; na última seção, estão contidas considerações finais a respeito do estudo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a expressão da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental.

2.2 Objetivos específicos

- Explorar conceitos de interdisciplinaridade no cenário do trabalho em saúde mental;
- Identificar características necessárias para a operação de uma prática interdisciplinar de cuidado em saúde mental;
- Refletir acerca das possibilidades e limites para a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental, e de suas potencialidades.

3. QUADRO TEÓRICO

3.1 Perspectivas sobre saúde e saúde mental

A noção de saúde aparece historicamente ligada à de doença e, por diversas vezes, ambas se confundem ante limites imprecisos. “O processo saúde-doença manifesta-se por meio de diferentes fenômenos cuja frequência e intensidade variam no tempo e no espaço” (FONSECA, 1997, p.9).

Na trajetória evolutiva das concepções e da prática sobre a saúde e a doença poderiam ser considerados alguns paradigmas que, começando com a visão mágico-religiosa, na antiguidade, termina na abordagem do modelo biomédico, predominante nos tempos de hoje. (BARROS, 2002, p.68).

Barros (2002) comenta que atuações mágico-religiosas compunham a essência da medicina na antiguidade, tendo-se a doença como resultado de transgressão individual ou coletiva, passível de reversão a partir da interferência das divindades – foi época em que sacerdotes e xamãs conduziam os atos de cura. O autor acrescenta que, no Egito, surgiram os primórdios da medicina empírico-racional, inspiradora das atividades médicas ocidentais e gregas, quando questões sobrenaturais deixaram de ser consideradas etiologias plausíveis, em detrimento da concepção de que as doenças seriam fenômenos naturais, passíveis de compreensão pelo exame racional. O autor adita que o grego Hipócrates concebeu a ideia de equilíbrio de humores como sinonímia de saúde, e formulou noções de prevenção de doença baseadas no controle de fatores ambientais. A escola hipocrática, diz Barros (2002), inspirou o grego Galeno, que adotou a filosofia tomista, considerando a racionalidade como caminho para verdade; já Paracelso esteve na transição entre a escola galeana e o modelo biomédico, e defendia um sistema médico complexo, que envolvia de alquimia a astrologia e; ao final do período renascentista, surgiu o modelo biomédico, também chamado mecanicista, que se ocuparia da descrição de doenças com base na fisiopatologia.

Em vasta discussão sobre o fenômeno do normal e patológico, Canguilhem (2009) comenta que Auguste Comte, filósofo do positivismo, elevou a axioma

universal a ideia de que não é possível a existência de perturbações vitais sem que tecidos estejam lesionados, e de que os sintomas decorrentes dessas lesões são o que se chama doença, enquanto Claude Bernard, contemporâneo de Comte e precursor do modelo experimental, considerava a medicina como a ciência das doenças, e pressupunha que é apenas a partir do conhecimento completo de um elemento fisiológico que logramos condições para avaliar as patologias e suas consequências.

Essas influências, ainda hoje, determinam a maneira como as ciências médicas concebem o adoecimento, e o modo como investem em práticas de cuidado e pesquisas. “A noção de saúde como ‘não doença’ foi reafirmada pelas ciências médicas durante muito tempo, principalmente no período de fortalecimento do método científico” (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2020, p.2). Por essa ótica, uma condição saudável passaria, mínima e necessariamente, pelo diagnóstico e anulação da doença.

Intrincada às definições negativas de saúde – que a tratam como a ausência de doenças – existe a imagem de que um estado normal, e portando saudável, deve ser preservado ou resgatado às custas do combate ao que é anormal, patológico. “Uma norma não existe, apenas desempenha seu papel que é desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência” (CANGUILHEM, 2009, p.29). Perseguir, pois, uma condição de normalidade – ou mesmo de perfeita saúde – contém a expressão da arbitrariedade lançada sobre a alteridade vida da humana. Arbitrariedade, essa, ditada pelo tempo e espaço da sociedade que a articula.

Em uma óptica positiva, temos difundida a ideia da Organização Mundial da Saúde (OMS), pela qual “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). Nessa perspectiva, ser saudável não significa tão-só não estar adoecido, mas contar com outros atributos, como o bem-estar. Todavia, predicá-lo com a palavra ‘completo’ traz o risco de criação de uma acepção utópica, em que o ideal a ser perseguido pode, de fato, não fazer parte de uma realidade atingível e, assim, motivar uma busca inócua e frustrante. Ademais, a ideia de que saúde não seria apenas a ausência de doença, contém o preceito de que para que se esteja saudável é preciso, no mínimo, que não se esteja doente. Essa máxima excluiria de uma condição saudável pessoas com doenças crônicas, como são várias daquelas de que se ocupam as práticas de cuidado em saúde mental.

A Organização Mundial da Saúde (2020) aponta que a ideia de saúde sofre influências multiculturais. Assim, conceituar o processo saúde-doença requer a observação de sociedades, seus repertórios simbólicos e históricos, e suas particularidades. O conceito de saúde mescla-se com o de território e tempo, e está atrelado à forma como os sujeitos se relacionam com o corpo, ao modo de vida que assumem e aos condicionantes sociais a que estão submetidos. “Não podemos falar de corpos, doença e saúde sem relacioná-los ao domínio público. A história da saúde é também a história dos países e cidades, do trabalho, das guerras e das viagens” (HERZLICH, 2004, p. 384). No artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), publica-se que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar [...]” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2009), reforçando a concepção comunitária de saúde e destacando sua construção como direito.

No sentido de que as pesquisas têm sua utilidade quando podem promover alterações concretas e favoráveis da realidade, é justo dizer que abordar os temas ligados ao adoecimento envolve a expectativa de se poder agir sobre ele. “É sem dúvida a necessidade terapêutica que se deve atribuir a iniciativa de qualquer teoria ontológica da doença” (CANGUILHEM, 2009, p.12), é a atitude de atuar sobre uma mazela que impulsiona o estudo das relações entre saúde e doença, do nível mais individual ao comunitário.

Registrar a comunidade, diagnosticá-la, identificar a sua configuração restrita [...] constituem instrumentos de trabalho que devem permitir o estabelecimento de um continuum entre o diagnóstico e a interferência em nível individual e o diagnóstico e a interferência em nível coletivo. (DONNANGELO; PEREIRA, 1979, p.92).

Para Langdon e Wiik (2010), por se estruturarem no mesmo espaço em que seus usuários vivem, os sistemas de atenção em saúde carregam aspectos tanto de um aparelho social, quanto cultural – abrangem conhecimentos sobre atitudes terapêuticas, enfermidades, papéis dos seus agentes, relações de poder e compõem um complexo semiótico.

Definir o que é ou não indicativo de saúde mental perpassa desde a avaliação de critérios altamente individuais e subjetivos, até a exploração de modelos políticos, sociais e econômicos globais, além da visitação a diversos teóricos e teorias. Ademais, envolve a superação da dicotomia corpo-mente: “se o psíquico responde

ao corporal e vice-versa, fala-se, então, de um sistema onde não se delineia uma nítida divisão entre ambos” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p.540).

O estudo das questões ligadas à psique exige, por um lado, que se adentre o íntimo da experiência humana e por outro, que se explore as sociedades em face de suas determinações. A operação, aparentemente dicotômica, entre o que vem do indivíduo e o que surge do coletivo, entre o que é corpo e o que é alma, conferem particular complexidade às investigações que tratam, em algum ponto, da saúde mental, e traz a demanda pela integração de saberes.

Se é verdade que em todos os campos da medicina há uma coexistência do saber médico com outros saberes que subsidiariam definições algo diversas do que é e do que não é doença, em nenhum outro domínio essa discordância é tão significativa como no âmbito do mental. (BASTOS; CASTIEL, 2014, paginação irregular).

Os modos de produção e modelos econômicos, como parte dos indivíduos e sociedades, são determinantes para a concepção do processo saúde-doença. Donnagelo (1979) aponta que a questão da produtividade nas sociedades capitalistas é tema central na conceituação de saúde, traçando íntima relação entre o fazer médico e a força de trabalho. Desse modo, os significados ligados à funcionalidade (e entenda-se por funcionalidade a capacidade de trabalhar e gerar lucros para um empregador, e de consumir mercadorias) se alinham muito aos de saúde, e por isso o retorno a uma suposta normalidade funcional é perseguido como um rótulo para ‘saudável’. Assim, ideias contemporâneas de saúde mental se ligam às de máxima atividade, produção, desempenho, e globalizam-se como normas. A atitude de internacionalizar parâmetros diagnósticos pode fomentar a criação de manuais diagnósticos como é *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) que, atualmente, está em sua quinta edição. “A lógica de transtorno do DSM está pautada numa disfunção pessoal baseada no desvio de uma norma social, uma alteração da ordem que deve ser restituída.” (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015, p.544).

Samaja (1998) argumenta que entender o processo saúde-doença envolve avaliá-lo dentro de campos reais simbólicos, no dinamismo contido na relação entre o saudável e o patológico. Deste modo, o estabelecimento de normas rígidas para a definição do que é ou não doença pode servir mais a interesses hegemônicos do que à compreensão da complexa expressão da vida humana. Como resistência à hegemonia fragmentária do modelo sanitário vigente, e possibilidade de integração

de saberes em direção à ampliação da compreensão das demandas individuais e coletivas em saúde mental, está a interdisciplinaridade.

3.2 Interdisciplinaridade: teoria e prática

Ainda que nos meios acadêmicos, e fora deles, pululem discussões a respeito da interdisciplinaridade, parece não haver, como apontam Gomes e Deslandes (1994), concordância teórica a respeito dela. A pressuposição de que uma atitude de cuidado é interdisciplinar pode conter muitos equívocos, sobretudo por não haver um consenso, como ressaltam Alves, Brasileiro e Brito (2004), sobre o que, de fato, ela é. Para Minayo (1991), as questões interdisciplinares são registradas desde a Grécia Antiga, mas foram significativamente desencorajadas a partir do século XIX, propriamente com o respaldo da perspectiva cartesiana. Contudo, vários pensadores, como Kant, nunca abandonaram a ideia da articulação de saberes, ideia que, nas décadas de 1960 e 1970, voltou à pauta de estudiosos que endossavam críticas ao excesso do racionalismo científico e à obsessão pela busca de verdades absolutas a partir da objetividade e neutralidade, acrescenta Minayo (1991). Em sentido geral, estudar a temática interdisciplinar envolve visitar um campo de imprecisões teóricas, e ao mesmo tempo somar esforços para compreender, como em práticas específicas, ela se realiza.

O estudo das acepções relativas à interdisciplinaridade exige a demarcação daquilo que em instância última a compõe, a disciplina:

O que podemos entender por disciplina e por disciplinaridade é essa progressiva exploração científica especializada numa certa área ou domínio hegemônico do estudo. Uma disciplina deverá, antes de tudo, estabelecer suas fronteiras constituintes. (JAPIASSU, 1976, p.53).

Derivada da pormenorização do estudo de áreas cada vez mais específicas, e forjada dentro de limites que se pretendem precisos, a atividade (uni)disciplinar tende a fornecer visões muito reduzidas de mundo. Ainda que o conhecimento multidisciplinar venha ganhando espaço nas pesquisas e produções acadêmicas, e apontando para novas formas de integrar saberes, ele, conforme sinaliza Japiassu (1976), esteve condenado ao ostracismo pela influência positivista, que representa uma ideia epistemológica de dissociação. Neste ponto, pode-se inferir que,

conceitualmente, a interdisciplinaridade opõe-se a ideais positivistas, tão encorajados por Auguste Comte e Claude Bernard, e situa-se na intenção de compartilhar, somar e construir juízos e métodos a partir da diversidade.

Para Perrone e Moises (2004), com o passar do tempo, a filosofia positivista alinhou-se com o empirismo lógico – a primeira se conduz pela hegemonia da especialização, daquilo que se pode mensurar, enquanto o segundo prioriza a busca pelo fato único. A inclinação científica pelo olhar fragmentado gera não apenas recortes minimizados de objetos, mas estimula a criação de mais e mais disciplinas que, de dentro de suas grades teóricas, buscam entender o mundo. No espaço da saúde, em particular, as análises que se sustentam sobre olhares de uma única disciplina correm o risco de oferecer compreensões sensivelmente limitadas.

[...] nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo e concomitantemente, as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas assim como o biológico. (MINAYO, 1991, p. 76).

É de Minayo (2010) a ideia de que o destino da abordagem interdisciplinar é subsidiar a prática transformadora, a partir da valorização simultânea de aspectos técnicos, teóricos e metodológicos.

Com o objetivo de demarcar alguns aspectos teóricos, Minayo (2010) faz distinções para os termos “multidisciplinaridade”, “multiprofissionalidade”, “interdisciplinaridade” e “transdisciplinaridade”:

- A “multidisciplinaridade” trata de práticas em que representantes de diversas disciplinas são convocados a observar, avaliar um objeto. Desde o seu ponto de observação, lançam conclusões fundadas no próprio referencial teórico e nas articulações metodológicas da disciplina que representam. Ao final da atividade multidisciplinar, tem-se uma combinação de visões, cada uma diferente entre si, provindas de várias disciplinas e observadores;
- A “multiprofissionalidade” é um ato comumente instalado na prática, sobretudo quando a opinião de profissionais diferentes, muitas vezes especialistas, é importante na busca pela resposta a uma questão particular. Estão evidenciadas neste processo muito mais do que disciplinas específicas, mas as práticas e os campos de atuação dos sujeitos que debatem o tema, e são essas práticas e experiências que permearão a cooperação do grupo na condução das discussões;

- A “interdisciplinaridade” é uma estratégia convocada pelo objeto, e que trata de explicar, analisar e discutir temas complexos. Em si, ela não compõe um método novo. Envolve a própria elaboração do método avaliativo para a questão que se coloca; ocupa-se da definição do objeto; da eleição de temas a ele pertinentes e; do delineamento das melhores técnicas investigativas. Compreende atuações multidisciplinares e multiprofissionais, mas não se limita a elas, supera-as ao propor concatenação de perspectivas e métodos, buscando aclarar uma verdade de modo integrativo. Ao produto da interdisciplinaridade, chama-se ‘transdisciplinaridade’.

Enquanto a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade articulam, de maneira setorizada, disciplinas ou especialistas, a interdisciplinaridade propõe, desde o início de seu fazer, que os diferentes contribuintes combinem e pactuem as formas de olhar o objeto. Não se trata, portanto, de somar olhares individualizados sobre um tema, mas de dispersar essa individualização a fim de colocar em foco o objeto, um objeto que protagoniza a pesquisa e solicita que seus pesquisadores articulem formas de estudá-lo para além daquelas previamente aprendidas ou formatadas pela prática (uni)disciplinar ou (uni)profissional.

A análise teórica de uma temática se edifica sobre o anseio de oferecer respostas a demandas originadas do plano concreto da vida. Ayres (1997) discute que explorar temas como a interdisciplinaridade, a multi e transdisciplinaridade, e mesmo complexidade, representa atitude de incomensurável valor dentro do campo da saúde coletiva, e guarda potencial transformador dentro dele. Consolida-se, assim, a noção de que o empenho no desvendamento conceitual e teórico do assunto desta pesquisa pode estender-se para além da matéria discursiva e, ao transformar constructos de um campo, impactar a práxis.

Todo mundo parece estar de acordo em reconhecer o valor do esforço de ultrapassagem da dissociação entre o domínio do pensamento teórico e o da ação informada, empreendidos pelas pesquisas interdisciplinares[...]. (JAPIASSU, 1976, p.30).

A prática interdisciplinar forja-se desde o momento da sua instalação, quando os pactos, negociações, sínteses e considerações dos estudiosos que nela se envolvem se articulam para favorecer a análise do objeto – ela requer um compromisso ativo de cada participante no compartilhamento de ideias e conhecimentos, e no ato de interessar-se e refletir sobre o que seus pares oferecem. Dessa forma, o pensamento teórico junta-se à práxis, entremeando todo o processo da pesquisa, no anseio de transformação da realidade.

Quando o ato investigativo é conduzido por sujeitos que compartilham seus saberes de forma dialógica, tem-se a chance de compreender particularidades sem dissociá-las do âmbito geral que as determina. “A partir da perspectiva praxiológica, compreende-se que, para que o simples possa aparecer e [...] manifestar-se no complexo é necessário que existam movimento e multidisciplinaridade” (BREILH, 2015, p.117). Entretanto, as atitudes vigentes nas investigações especializadas afastam-se da compreensão total de um objeto à medida que o fragmentam, ainda que defendam que só assim, decompondo-o, podem entendê-lo plenamente. Para Santos (1985), a contribuição da prática vai além de viabilizar conhecimentos mais abrangentes sobre um tema, é a partir dela, justamente, que se estabelecem articulações entre o espaço e o tempo, trazendo contexto histórico e social à análise.

Na seara interdisciplinar, a prática é apropriada em todo o percurso em que são investidas intenções e estratégias metodológicas para uma pesquisa, da mesma forma como é pretendida nos resultados que darão valor material ao estudo.

[...] falar das motivações do projeto interdisciplinar é reconhecer o conjunto das necessidades intelectuais e afetivas, bem como dos interesses [...] que puderam levar os pesquisadores a se engajarem no empreendimento multidisciplinar (JAPIASSU, 1976, p.53).

A ação interdisciplinar mantém interesse em variáveis que pertencem ao objeto, aos pesquisadores e a tudo que é posto no interior de uma investigação, e deve se ocupar de facilitar reflexões dos próprios atores a respeito de seus papéis no processo.

[...] a pessoa e o produto de um pesquisador que passou ou vai passando pela experiência interdisciplinar são totalmente diferentes da que realiza univocamente em sua disciplina: ele vive a síntese possível de sua perspectiva de área com as ideias, discussões e conceitos das áreas e pessoas com as quais estabeleceu trocas. (MINAYO, 2010, p. 441).

A relação entre disciplinas e profissionais pode, sob a lógica interdisciplinar, inaugurar formas de compreender e agir sobre a realidade. Por ser um campo fundamentado pelo materialismo histórico-dialético, interessado na avaliação concreta de territórios e na integração de diversos profissionais e setores, a saúde coletiva foi escolhida como marco teórico para a condução das reflexões deste estudo.

3.3 O campo da saúde coletiva como marco teórico

Surgida nos anos 1950, em grande parte da iniciativa de pesquisadores da América Latina e pujante no Brasil após a década de 1970, à época da criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde coletiva (ABRASCO), a saúde coletiva se articula a lutas pela democracia e reforma sanitária, e constitui-se em campo marcado pela multiplicidade, apontam Osório e Schraiber (2015). Nos anos de 1960, afirmam Puttini, Pereira Junior e Oliveira (2010), ganha força o movimento sanitarista brasileiro que, ao criticar a epidemiologia clássica, soma-se às bases da saúde coletiva, a qual, por sua vez, marcava disputas políticas daquele tempo, influenciando a constituinte de 1988 e a fundação do Sistema Único de Saúde (SUS). Puttini, Pereira Junior e Oliveira (2010) cometam a atitude de pensadores, sobretudo latino-americanos, de, na contramão do avanço tecnológico das ciências médicas, oporem-se à visão individualizada de sujeito, sugerindo uma epidemiologia radicada no contexto da coletividade, e concebendo o processo de adoecimento e saúde como parte das posições sociais – fundando, desse modo, a epidemiologia crítica e a noção de determinação social da saúde, incorporadas ao arcabouço teórico da saúde coletiva.

Em diametral oposição à epidemiologia clássica, está a epidemiologia crítica, que é, defende Breilh (2015), caminho para se chegar à complexidade partindo da visão praxiológica de que objeto e sujeito se confundem na dinâmica investigativa, e de que é essencial articular tempo e espaço àquilo e àqueles que estudam um fenômeno, afastando-se de olhares focais, reducionistas e com suposta neutralidade. Enquanto na epidemiologia clássica o estudo de fatores de risco individuais sobrepuja aprofundamentos a respeito da determinação social do processo saúde-doença, na epidemiologia crítica a sociedade, seu contexto histórico e político, são fulcrais para compreensão das dimensões do adoecimento e da saúde. Para Campos (2000), a saúde coletiva, além de um campo teórico, é um movimento que deve priorizar a dialética na compreensão da realidade, operando posições e polos em suas contradições. Também, um campo que se constitui como matriz e núcleo de saberes e práticas que compreendem saúde não como algo intrínseco às pessoas, mas como conceito socialmente construído, envolvido por um valor de uso e, portanto, por um caráter utilitário na promoção da circulação de bens e serviços e

na vida concreta das pessoas. Como campo e atitude investigativa, a saúde coletiva conecta-se a um sem-número de relações que germinam no solo das sociedades.

Qualquer campo teórico deve oferecer ideias a respeito dos objetos que se dispõe a estudar. Para Silva (2017), mesmo que grande parte das pesquisas do campo da saúde coletiva considerem ser possível uma elaboração a respeito do conceito de saúde, essas acepções são polissêmicas e atravessadas pela ideia normatividade social. Silva (2017) constata que muitos estudos tendem a adotar as definições da OMS para saúde e que, por mais que no campo da saúde coletiva se deseje transcender a forte valorização de um corpo biológico que funcionaria como máquina, tal superação não se realiza, haja vista que para isso seria necessário dismantelar a hegemonia do modelo biomédico e criar um novo discurso a respeito da saúde, com foco não no indivíduo, mas nas sociedades. As visões de saúde, para Albuquerque e Silva (2014), são criadas ao longo da história e não estão alheias a meios e tecnologias utilizados no exercício de domínio do mundo, nas intervenções sobre a natureza e na expressão das classes dominantes a respeito do corpo e seu uso. Os autores apresentam uma perspectiva de saúde a partir do materialismo histórico-dialético, corrente filosófica fundacional da saúde coletiva: nessa óptica, saúde reflete a capacidade de realização de conquistas do gênero humano, em cada sujeito, assumindo que toda pessoa se produz em sociedade, impõe suas vontades diante da natureza e se relaciona dialeticamente com ela.

Concebendo-se a saúde como um meio ou uma condição para a realização da vida, é preciso necessariamente distinguir a saúde da totalidade da vida e, portanto, do conjunto dos objetivos da vida dos homens. (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p.383).

Albuquerque e Silva (2014) assumem que os seres humanos compartilham similitudes orgânicas que, contudo, não são capazes subsidiar explicações universais para o adoecimento, já que o fenômeno saúde-doença é compreendido a partir de características que ultrapassam aspectos puramente biológicos, o que implica considerar a determinação e os determinantes da saúde como substância na captação de uma concepção ampliada de adoecimento. Fleury-Teixeira (2009) comenta que é consensual no pensamento social o entendimento de que mulheres e homens sofrem forte determinação social, presente nas formas mais gerais e nas mais individuais, permeando toda a dimensão social da vida, das relações materiais, históricas, espirituais, éticas, culturais e econômicas. Tratar de práticas de cuidado a partir das concepções da saúde coletiva é um ato tão instigante quanto desafiador,

já que prevê a articulação de saberes e pessoas, a ampla contextualização e a autoavaliação dos envolvidos e dos processos de trabalho.

Para Paim (2006), colocar-se em posição de reflexão crítica sobre os modelos de atenção perpetuados em diferentes conjunturas, realizar análise de relações sociais, de modos de atenção, do papel de agentes de saúde e das características das instituições deve fazer parte de um projeto educativo a respeito das práticas de saúde. Por essa lógica, é inapropriado conceber modelos de atenção sob a imagem de um fluxo unidirecional, em que as estratégias de cuidado partem de um sujeito ativo até alcançarem um sujeito passivo, a proposição é que, além da construção conjunta de modos de intervenção concatenadas com a realidade que se deseja transformar, todos os agentes se envolvam constantemente em ponderações sobre seu papel e, para isso, contem com interações e multiplicidade de olhares, na perspectiva de que “[...] quase todo campo científico ou de práticas seria interdisciplinar e multiprofissional” (CAMPOS, 2000, p.220). O contato entre diversos profissionais e a atuação interdisciplinar caracterizam fundamentalmente a atitude da saúde coletiva diante do planejamento do cuidado.

A Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; p.63).

Deste modo, o campo da saúde coletiva vai ao encontro da atitude interdisciplinar, e pode oferecer cenário para a reflexão a respeito de novas formas de se conceber e produzir cuidado em saúde mental.

Neste estudo, pela ótica do campo da saúde coletiva, dirigiu-se olhar para as práticas de cuidado em saúde mental, em particular as interdisciplinares, valorizando-se a relação dialética de sujeitos e coletivos com seu entorno material, histórico, intersubjetivo e temporal e, pela compreensão do fenômeno saúde-doença como uma parcela que compõe a vida humana, a complexifica e ao mesmo tempo é por ela influenciado.

O protagonismo histórico do campo da saúde coletiva nos movimentos de desospitalização e desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, tal como o impacto que esses movimentos tiveram na reformulação do cuidado, estão representados nos ideários da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial. Ambas, sob influência do campo, posicionaram-se como resistência a ações

medicalizantes e (uni)disciplinares e, assim, estabeleceram possibilidades para o exercício da interdisciplinaridade.

3.4 Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial

Após a segunda guerra mundial, afirmam Menezes e Yasui (2009), já não parecia plausível aceitar as violências cometidas nos hospitais psiquiátricos e, assim, movimentos contra a lógica manicomial asilar despontaram no mundo, ao exemplo das comunidades terapêuticas na Inglaterra, da psiquiatria de setor e psicoterapia institucional na França e, da psiquiatria preventiva – também chamada comunitária – norte-americana.

As comunidades terapêuticas e a psicoterapia institucional, esclarecem Cézar e Coelho (2017), foram iniciativas de reforma que não rompiam completamente com o espaço asilar, mas pretendiam transformá-lo levando sujeitos institucionalizados a participarem da elaboração dos próprios planos terapêuticos, como fundamento democrático. A psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva, ainda que se movimentassem para superar a estrutura manicomial, não questionavam o saber psiquiátrico, e continuaram a reproduzir o discurso médico hegemônico, acrescentam Menezes e Yasui (2009). Ao contrário, comenta Oliveira (2011), alguns psiquiatras como David Cooper, David Laing e Gregory Bateson, nas décadas de 1950 e 1960, passaram a criticar a psiquiatria como disciplina e a validade dos tratamentos por ela propostos – tais como o eletrochoque, o coma insulínico e a lobotomia – e, deste modo, inauguraram a antipsiquiatria, um movimento político que censurava radicalmente a psiquiatria convencional, sugeria práticas de cuidado não violentas, e concebia a, dita, ‘loucura’ como fruto de relações de poder e de práticas discursivas. Em meados do século XX, comenta Neto (2010), surgia na Itália um movimento fortemente crítico ao modelo manicomial e ao estatuto jurídico dos, chamados, ‘doentes mentais’ – a psiquiatria democrática – movimento que estaria na base dos mais importantes experimentos de reforma psiquiátrica italiana, conduzidos por Franco Basaglia nas cidades de Gorizia e Trieste, e inspiradores de reformas pelo mundo.

Na segunda metade do século XX, e no bojo de inúmeras reflexões a respeito dos modelos de atenção à saúde, despontava, nos anos 1970, o movimento da

reforma psiquiátrica, cujos pilares compreendiam a humanização do cuidado, a ressocialização, a desinstitucionalização, o direito à cidadania, e a assistência de base comunitária. Para Tenório (2002), o movimento floresceu à época em que psiquiatria comunitária e preventiva vinham se estabelecendo no combate aos asilos psiquiátricos, e representava a luta antimanicomial contra um Estado autoritário e de políticas de saúde privatistas, propondo a criação de práticas comunitárias de cuidado, inspiradas nas experiências advindas da psiquiatria democrática italiana. O movimento da reforma psiquiátrica foi representativo da intenção de superar olhares e intervenções que priorizavam a intervenção médica sob um modelo prioritariamente biológico, disciplinar e centralizador.

Desde o nascimento da psiquiatria como disciplina, debate-se a reforma psiquiátrica, ainda que apenas após a segunda guerra – e, no Brasil, nos anos 1970, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – tenha-se vigorosamente questionado o modelo manicomial de assistência, questão evidenciada pelo lema do II Congresso Nacional de Saúde Mental, realizado em Bauru no ano de 1987: ‘por uma sociedade sem manicômios’, registram Amarante (1996) e Amarante e Nunes (2018).

Corbisier (2000) menciona que os manicômios se constituíam como espaços de exclusão, nos quais aos, chamados, ‘loucos’ eram destinados os piores cômodos e condições, cabendo à hegemonia do poder médico contê-los com o uso de psicofármacos, em doses tão altas quanto fossem necessárias. Os manicômios, de acordo com Brito e Dimenstein (2008), funcionavam como máquinas que, de modo parcial e autoritário, moldavam a subjetividade de indivíduos e produziam um cuidado marcadamente fragmentário, ao exemplo de linhas de montagem, em que nenhum profissional cuidador tinha noção da dimensão de seu trabalho, ou da dimensão do cuidado.

A reforma psiquiátrica, afirma Amarante (1998), representou crítica aos modelos clássicos de atenção em saúde mental, sobretudo ao saber médico institucional. Ela trouxe, acrescenta Corbisier (2000), possibilidades para um novo modo de cuidado, garantidor da liberdade e da cidadania, fomentador da realização criativa e da autonomia, dirigido à comunidade e substitutivo dos manicômios. Andrade e Maluf (2016) apontam que, no Brasil, a reforma psiquiátrica ocupou um cenário mais amplo do que em outros países, pois ocorria na época em que o ‘milagre econômico’ se esmaecia e a ditadura amargava críticas. Ela compartilhou

com outros movimentos sociais contemporâneos – como o da reforma sanitária brasileira – a reprovação a estruturas sociais, inclusive estatais, de poder e autoridade, diz Amarante (1998). Portanto, conforme adiciona Melo (2016), a reforma psiquiátrica não foi apenas um movimento sanitário, mas político, cultural, histórico, econômico e dirigido à transformação social.

Desde os anos 1980, segundo Fernandes et al. (2019), busca-se, no Brasil, uma profunda mudança no modo como pessoas em sofrimento mental são assistidas, mudança que tem por base outras experiências, com destaque às conduzidas pelo movimento da psiquiatria democrática italiana. No Brasil, a Lei da reforma psiquiátrica, nº 10.216, aprovada em 2001, e a constituição de novos serviços, com destaque aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dirigiram a estruturação de serviços de cuidado de base comunitária e fortaleceram a desospitalização, afirmam César e Melo (2018). A estruturação da rede de atenção psicossocial (RAPS) brasileira, entre os anos de 2013 e 2016, diz Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018), unificou diversos serviços de atenção em saúde mental em reforço ao modelo de atenção territorial, integral, multiprofissional e intersetorial, o que representou uma força de destituição do poder médico, geralmente exercido dentro de instituições, em direção à ampliação do cuidado para uma rede que se instalasse no território.

No oposto dos modelos asilares, está a atenção psicossocial que, para Costa-Rosa (2000), compreende um variado grupo de dispositivos e estratégias de reinserção sociocultural capazes de alcançar o sujeito de cuidado não somente em aspecto singular, mas também familiar, coletivo. Para cumprir este objetivo, a atenção psicossocial deve envolver políticas para além da saúde e ser capaz de comunicar diversos setores sociais. Entretanto, comentam, Sampaio e Júnior (2021), são limitadas as políticas públicas que favoreçam a reinserção social dessas pessoas, e ainda tímidos os esforços para que esses sujeitos se escolarizem, se profissionalizem, acessem o mercado de trabalho e desenvolvam-se em variados aspectos de suas vidas e, assim, libertem-se, de fato, do jugo das instituições de outrora. Amarante (2013) discute que a atenção de orientação psicossocial compreende constantes relações entre sujeitos que oferecem o cuidado (tais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais) e aqueles que o recebem, e acrescenta que alguns predicativos são necessários para sua realização: na lógica da atenção psicossocial, os serviços que acolhem pessoas e suas problemáticas devem ser

flexíveis, evitando excessivas burocratizações; abranger espaços próprios da saúde (como hospitais, ambulatorios, unidades básicas de saúde), mas também profissionais e estruturas tipicamente não ligadas a ela, como os relacionados à música, à cultura, à socialização; explorar o território para além dos limites geográficos e alcançar possibilidades para a inserção social e; estar alinhados a movimentos sociais.

Entretanto, ainda que uma rede se estruture como antimanicomial, resquícios do modelo hegemônico podem influenciar as práticas de cuidado e, segundo Lima e Guimarães (2019), levar à medicalização, à atenção não acolhedora, fragmentária e excessivamente especializada. Se, por um lado, o projeto positivista levou à superação do conhecimento metafísico generalista, por outro, conduziu a ciência contemporânea à fragmentação de saberes e à especialização, argumenta Severino (1989), o que faz a afirmação do método científico prevalecer sobre a análise contextualizada da própria realidade.

Como fio para conduzir a integração de setores sociais e saberes, e como alternativa ao atomismo gerado na lógica positivista, está a interdisciplinaridade. Japiassu (1976) comenta que o ato interdisciplinar se orienta para a prática e deve levar consigo, em todo o seu percurso, a possibilidade de articulação entre campos disciplinares que respondam ao apelo de, em conjunto, observarem objetos concretos. A interdisciplinaridade se revela, portanto, como ponto crucial para a realização de uma atenção psicossocial alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica e, para tal, faz-se imprescindível a exploração de suas facetas teóricas e práticas.

4. METODOLOGIA

O percurso metodológico representa a rota pela qual o pesquisador leva-se ao objeto, contata-o a partir das próprias dúvidas e investe maneiras de explorá-las e respondê-las, ou seja, por metodologia entende-se “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 1994, p.16).

Para cumprir o papel de responder às questões postas, realizou-se um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, no qual dois procedimentos metodológicos foram combinados: uma revisão integrativa de literatura e; pesquisa de campo, representada na realização de entrevistas não-dirigidas. Para Denzin e Lincoln (2005), a concatenação entre materiais e perspectivas adicionam rigor, amplitude, riqueza e complexidade a qualquer investigação, levando ao aprofundamento no exame da realidade, em favor de novas compreensões.

Mendes, Silveira e Galvão (2008) comentam que a revisão integrativa permite uma ampla avaliação da produção científica a partir da síntese de múltiplos estudos e da combinação de literatura teórica e empírica, e pode ser colocada em favor de várias finalidades – como a definição de conceitos, visitação de teorias, proposição de novas pesquisas e análise de metodologias – além de, pela variabilidade no processo de amostragem, trazer conclusões mais profundas e abrangentes. A revisão integrativa representou, portanto, um caminho metodológico apropriado para responder às perguntas propostas nesta investigação ao possibilitar, pela articulação de diversas produções, explorar conceitos, apontar lacunas, compreender a prática do cuidado clínico, e construir um olhar ampliado sobre o fenômeno. Whitemore e Knafl (2005) afirmam que as revisões integrativas apresentam o estado da ciência, contribuem para o desenvolvimento da teoria, e têm aplicabilidade direta na prática.

Diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial embasada em evidências científicas, a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p.105).

As entrevistas não-dirigidas, comenta Vasconcelos (2002), são recurso investigativo grandemente utilizado nas áreas humanas, clínicas, sociais e

organizacionais e, saída flexível para a apuração aprofundada daquilo que pessoas ou grupos sociais experimentam concreta ou subjetivamente a respeito de um tema. Poupart (2010) argumenta que, epistemologicamente, o uso de entrevistas e de métodos qualitativos permite atribuir ao objeto de interesse significados advindos da realidade interpretativa dos atores sociais que com ele se relacionam.

O fazer das pesquisas qualitativas, como aponta Bosi (2012), envolve a abordagem de objetos em sua complexidade e convida à formulação de novas técnicas de averiguação. O marco teórico da saúde coletiva reforça, nesta pesquisa, a intenção de explorar o objeto em questão a partir de implicações no plano concreto da vida das pessoas, dos trabalhadores da saúde e das políticas e modelos de atenção. “Enquanto o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real” (MINAYO, 1993, p.65).

A articulação de procedimentos metodológicos e o olhar crítico advindo da saúde coletiva, aprofundam o exame a respeito dos sentidos da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental.

4.1 A revisão integrativa da literatura

A fim de ordenar a construção da revisão integrativa de literatura, foram adotados procedimentos apresentados por Ganong (1987) que, juntos, compõem um contíguo de passos garantidores da obtenção, identificação, análise e síntese de dados, atribuindo maior rigor metodológico à pesquisa e, qualificando as inferências formuladas a partir dela.

Em ordem, tais procedimentos compreendem as etapas: 1. seleção das hipóteses ou questões para a revisão; 2. seleção da composição da amostra; 3. categorização dos estudos que compõem a amostra; 4. análise dos achados; 5. interpretação dos resultados e; 6. relato da revisão.

4.1.1 Da seleção das hipóteses ou questões

Nesta fase, definiram-se as perguntas fundantes para a condução da revisão integrativa de literatura – por tratar-se de um estudo de abordagem qualitativa e de o termo ‘hipótese’ estar frequentemente ligado a investigações quantitativas, nas quais dados são submetidos a testes de hipóteses, optou-se, preferencialmente, pela utilização das palavras ‘questões’ ou ‘perguntas’ de pesquisa, em seu lugar.

Para elaboração das perguntas motivadoras da pesquisa bibliográfica e dos critérios de seleção de amostra, utilizou-se a estratégia SPIDER que, como apontam Oliveira et al. (2017), permite selecionar estudos de diferentes delineamentos metodológicos, tornando a revisão mais robusta. Essa tática, defendem Camargo et al. (2017), é apropriada para conduzir a estruturação de perguntas para estudos de métodos qualitativos e mistos e representa, literalmente, um acrônimo: a letra ‘S’, simboliza as palavras ‘*Setting/Cenário*’; as letras ‘PI’ os termos ‘*Phenomenon of Interest/Assunto de interesse*’; a letra ‘D’ as palavras ‘*Design/Desenho*’; a ‘E’ as palavras ‘*Evaluation/Avaliação*’; e, por fim, a letra ‘R’ representa os termos “*Research Type/Tipo de pesquisa*”. No quadro 1, estão apresentadas as conjecturas relativas a cada uma das unidades do acrônimo.

Quadro 1 – Uso da estratégia SPIDER para definição das perguntas de pesquisa

S – CENÁRIO	Serviços de saúde
PI – ASSUNTO DE INTERESSE	Intervenção considerada pelos autores como interdisciplinar, e realizada por uma equipe implicada em cuidados em saúde mental; ou discussão teórica a respeito do trabalho interdisciplinar no contexto específico das práticas de cuidado em saúde mental.
D – DESENHO	As únicas restrições em relação ao desenho foram a exclusão de pesquisas realizadas como revisões bibliográficas narrativas; revisões bibliográficas integrativas; editoriais; e conteúdos publicados em <i>sites</i> , <i>blogs</i> ou revistas que não cumpram padrões científicos de elaboração.
E – AVALIAÇÃO	Perfil dos registros selecionados; características das intervenções oferecidas e das equipes que as conduzem; e conceito vinculado aos termos “interdisciplinar” ou “interdisciplinaridade”, quando ligados ao trabalho em saúde mental, nas publicações eleitas.
R – TIPO DE PESQUISA	Considerou-se a seleção de estudos qualitativos, quantitativos, quali-quantitativos e suas variações.

Fonte: elaborado pelo autor

Partindo da sistematização anterior, foram concebidas três questões para esta fase de pesquisa: 1. qual é o perfil dos registros selecionados? 2. quais as características das práticas interdisciplinares no contexto do trabalho em saúde mental, no conjunto das publicações escolhidas? e; 3. quais os conceitos atribuídos aos termos “interdisciplinaridade” ou “interdisciplinar”, no contexto do trabalho em saúde mental?

4.1.2 Da seleção e composição da amostra

Consultas preliminares não sistematizadas, em diversas bases de dados, revelaram que a produção sobre interdisciplinaridade, na conjuntura específica do cuidado em saúde mental, não era volumosa. Por isso, decidiu-se maximizar a chance de obtenção de registros na etapa inicial de busca, para melhor selecioná-los nas fases de leitura. As etapas seletivas compreenderam, sucessivamente: a busca por descritores em bases de dados; a seleção pela leitura de títulos; a seleção pela leitura de resumos e; a seleção pela leitura, na íntegra, de cada estudo.

Inicialmente, foram resgatados registros publicados em qualquer ano e por qualquer país, desde que disponíveis gratuitamente em português, inglês, francês, espanhol ou italiano, em uma das seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Scopus; Google Acadêmico; *Open Grey*; e *Pro Quest*. A BVS é uma plataforma operacional que agrega a contribuição científica de países da América Latina e Caribe desde 1998, construída coletivamente e coordenada pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2020); o banco de dados da SciELO é uma biblioteca eletrônica que agrega periódicos brasileiros e disponibiliza artigos científicos em formato completo (SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE - SCIELO, 2020); a base Scopus (2021) fornece dados de resumos e citações de literatura com revisão por pares em vinculação à editora Elsevier. Foram também realizadas buscas em outras bases de dados não convencionais que podem conter literatura cinzenta, as quais, segundo Botelho e Oliveira (2015), se caracterizam por serem meios não habituais de divulgação científica e, por isso, podem conter variados tipos de publicações.

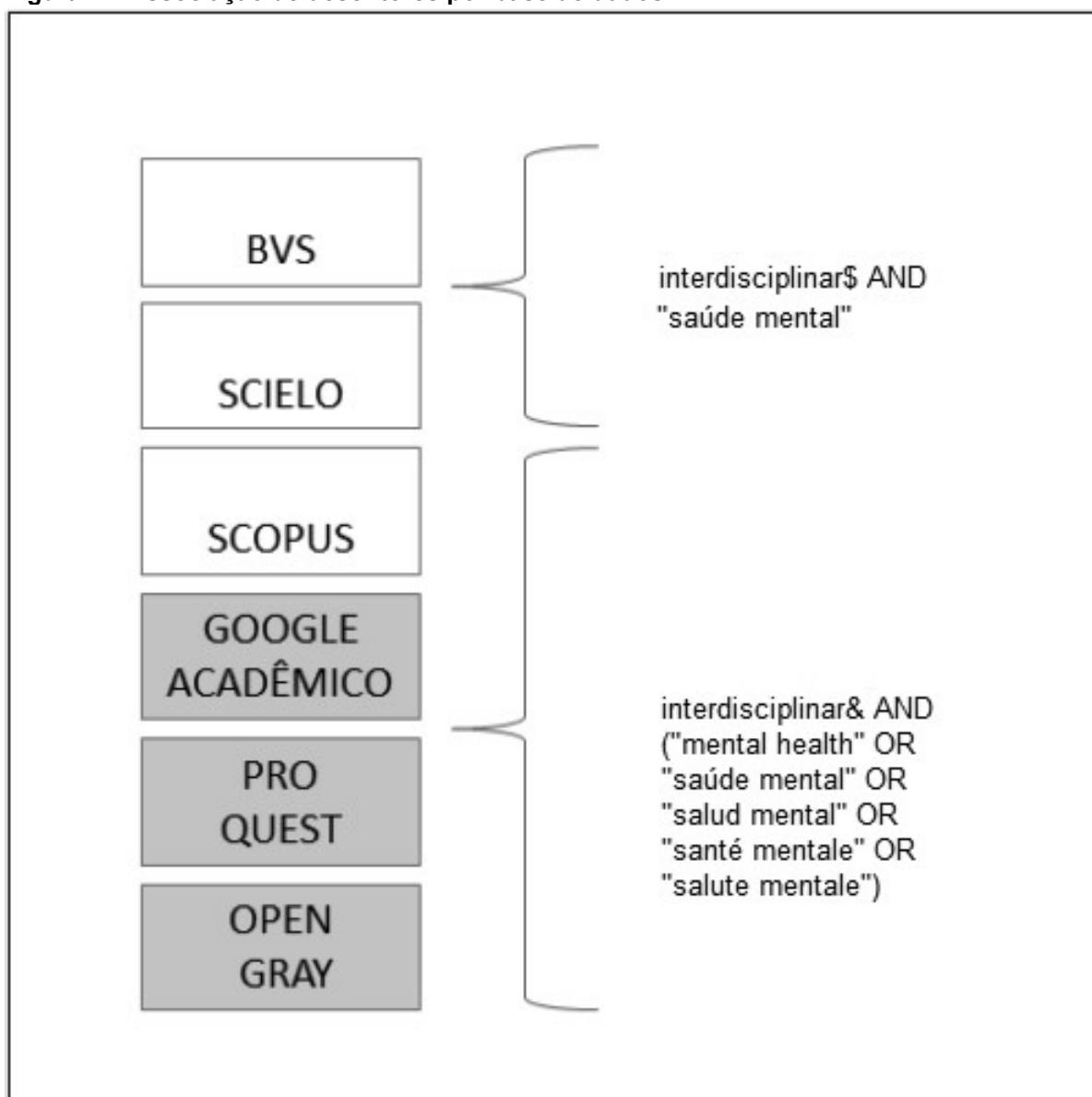
A opção por consultar tais bases partiu da intenção de expandir as áreas de busca, e os sítios selecionados foram: o Google Acadêmico que, segundo Google (2021), é uma ferramenta *online* de pesquisas acadêmicas que contempla inúmeras disciplinas, fontes e tipos de arquivos; o *Open Grey* (2021), um sistema de informação em literatura cinzenta na Europa; e a base *ProQuest* (2021), que provê documentos de diversos tipos, hospedados a partir de sites de inúmeras bibliotecas e entidades ao redor do mundo.

Whittemore e Knafl (2005) afirmam que a revisão integrativa deve divulgar em sua seção metodológica, além da clara especificação das bases de dados consultadas, a documentação dos termos de pesquisa, as estratégias adicionais de busca e os critérios de exclusão e inclusão aplicados na seleção das fontes.

Para a escolha dos termos de pesquisa, foram consultados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) – que fazem parte de um vocabulário trilingue criado pela BIREME e inspirado no *Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine* (MeSH), com vistas à indexação, pesquisa e recuperação de material científico (DECS, 2020). O descritor eleito foi ‘saúde mental’ (que inclui: *mental health*, *salud mental* e *santé mentale*), e sua tradução para o italiano, *salute mentale*. Nas buscas, eles foram associados às palavras “interdisciplinar” e “interdisciplinaridade” pelo uso de operadores lógicos booleanos que, segundo *Ebsco Information Services* (2018), são principalmente três, e definem relações entre termos em uma pesquisa: ‘*and*’ determina que a recuperação associe simultaneamente dois termos; ‘*or*’ traz pelo menos um dos termos combinados na pesquisa e; ‘*not*’ exclui da busca os termos que o seguem.

De acordo com os mecanismos de busca de cada base, foram escolhidas combinações específicas entre os descritores, as palavras-chave e os operadores booleanos de modo que se resgatasse a maior quantidade de publicações. As combinações que resultaram mais registros por base de dados, e, portanto, as escolhidas, estão apresentadas na figura 1.

Figura 1 – Associação de descritores por base de dados



Fonte: elaborado pelo autor

Devido à variedade das ferramentas de filtro em cada base de dados, os critérios de exclusão e inclusão dos registros foram reiteradamente verificados em todas as fases de seleção.

Os critérios de inclusão para as pesquisas foram:

- Estudos publicados em qualquer ano e por qualquer país;
- Estudos disponíveis gratuitamente no sistema pesquisado;
- Estudos publicados em uma das seguintes línguas: portuguesa, inglesa, espanhola, francesa ou italiana;

- Estudos que descrevessem práticas de cuidado em saúde mental classificadas, pelos autores, como interdisciplinares;
- Estudos que discutissem conceitualmente os termos “interdisciplinar” ou “interdisciplinaridade” no contexto do trabalho em saúde mental.

Os critérios de exclusão de pesquisas foram:

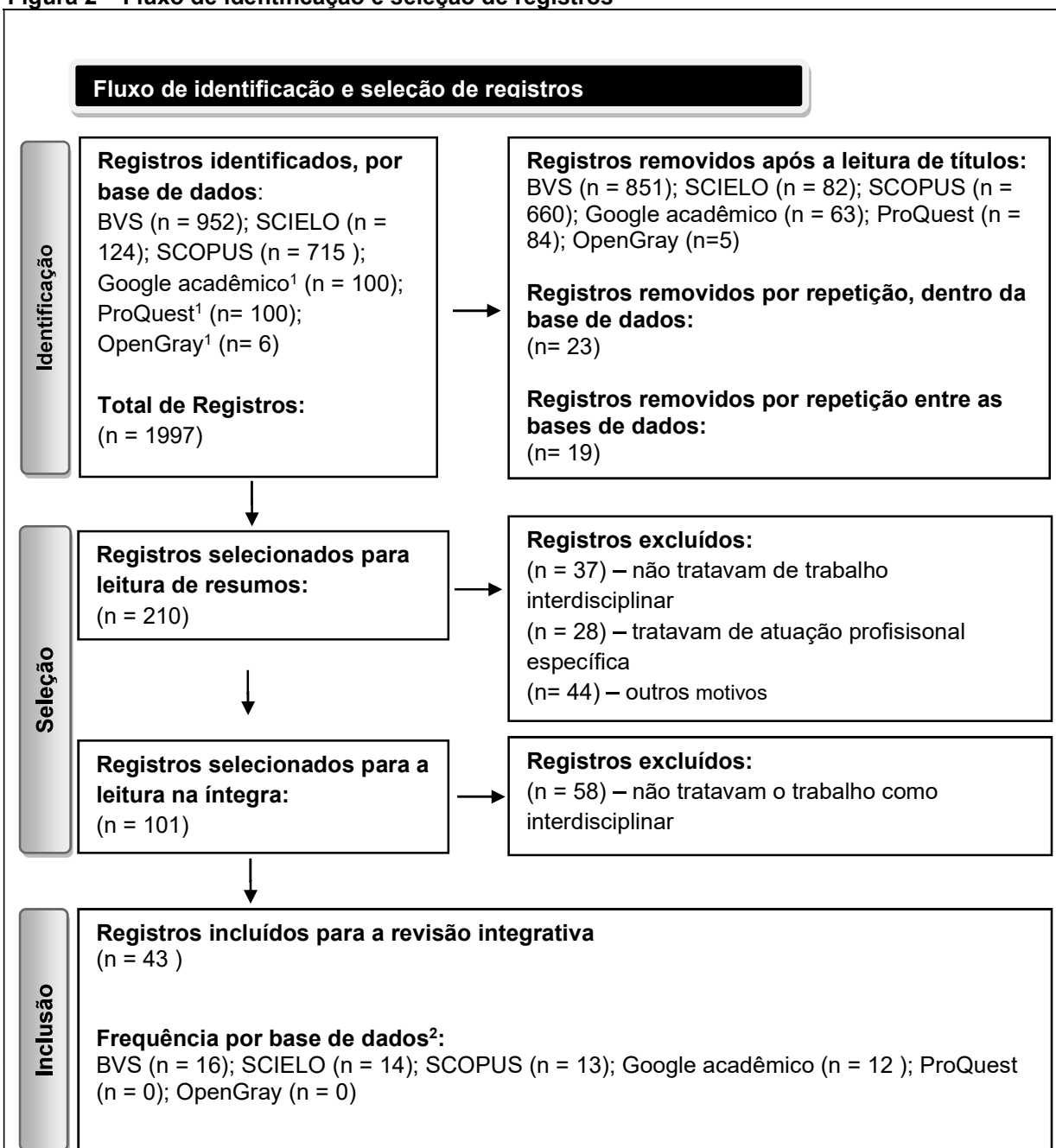
- Editoriais;
- Revisões narrativas ou integrativas de literatura;
- Textos publicados em *sites* ou *blogs*, sem rigor metodológico.

Na primeira busca, foram levantados, ao total, 1997 registros. Importa ressaltar que as bases de dados de literatura cinzenta costumam listar extensas quantidades de publicações e, por este motivo, foram selecionadas até os 100 primeiros registros arrolados, em cada uma delas. Nas bases de dados de literatura não-cinzenta, a totalidade dos estudos levantados na primeira busca foi selecionada.

Procedeu-se a leitura de todos os títulos a fim de identificar critérios de exclusão e repetição de registros e, ao final da ação, foram selecionadas 210 publicações – na maior parte dos registros excluídos não se discutiam processos de trabalho interdisciplinar em saúde mental. As 210 publicações eleitas tiveram seus resumos lidos e, destas, 101 foram selecionadas para leitura integral – a maior parte das excluídas não tratava da relação entre a interdisciplinaridade e o trabalho em saúde mental, ou abordava questões específicas de uma única profissão. Após leitura atenta e repetida dos 101 estudos, foram escolhidos 43 para compor a amostra final.

A descrição pormenorizada da fase de seleção dos registros está expressa na figura 2, adaptada da proposta de fluxograma para revisões sistemáticas de literatura “PRISMA 2020 *flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only*” (PRISMA, 2021), anexada nesta pesquisa (ANEXO A).

Figura 2 – Fluxo de identificação e seleção de registros



1 Nestas bases, reconhecidas como de literatura cinzenta, foram considerados até os 100 primeiros registros listados – na base Google Acadêmico foram listados na busca inicial mais de 21.200 registros e na *ProQuest* mais de 1.600.

2 indica o número de registros, dentre os selecionados, que a base de dados contém.

Fonte: elaborado pelo autor, adaptado de PRISMA (2020)

4.1.3. Da categorização dos estudos que compõem a amostra

Nesta etapa, a fim de organizar elementos de forma descritiva e garantir que fossem reunidos abrangente e equitativamente, construiu-se um instrumento para coleta de dados bibliográficos (APÊNDICE A), inspirado em outras duas ferramentas empregadas na reunião de informações em revisões integrativas de literatura: uma validada por Ursi (2005) (ANEXO B), e outra proposta por Azevedo (2015) (ANEXO C). A opção por basear a construção do instrumento deveu-se ao intuito de garantir a observância ao registro de dados fundamentais deste tipo de revisão. Campos de coleta adicionais àqueles apresentados nas ferramentas consultadas foram formulados pelo pesquisador e orientadora, visando à ampliação do resgate de informações contributivas para as respostas às perguntas de pesquisa. Decidiu-se criar uma planilha, no programa *Microsoft Excel*, que pudesse auxiliar na codificação, registro e posterior análise do material acumulado.

Deve-se esclarecer que o preenchimento do campo referente ao 'nível de evidência', constante no instrumento, é orientado pela classificação apresentada por Souza, Silva e Carvalho (2010), que estabelece como nível 1 de evidência os dados colhidos de metanálises ou ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 os dados de estudos individuais com desenho experimental; nível 3 os dados de estudos quase-experimentais; nível 4 os dados de estudos descritivos não experimentais ou com abordagem qualitativa; nível 5 os dados de relatos de caso ou de experiências e; nível 6 as experiências obtidas da opinião de especialistas.

Destaca-se que, para sustentar a análise conceitual do termo 'interdisciplinaridade', uma ferramenta de busca digital, disponível no programa *Adobe Acrobat Reader*, foi utilizada para localizar, em cada estudo, os vocábulos 'interdisciplinar' ou 'interdisciplinaridade'. Após a localização, foram integralmente lidas as estruturas textuais em que eles se inseriam, e selecionadas todas aquelas que contivessem descrições teóricas a respeito do termo, quando relacionadas ao contexto de trabalho em saúde mental. Reunidas, as narrativas selecionadas compuseram um *corpus* textual que foi analisado por técnica de análise de conteúdo, do tipo temática.

4.1.4 Da análise dos achados e da interpretação dos resultados

Estatísticas descritivas foram geradas a partir de informações registrados no instrumento construído para coleta dos dados bibliográficos, e utilizadas para identificar características da amostra ligadas a: país de origem; ano, língua, área e base de dados de publicação; tipo, abordagem, e nível de evidência do estudo; local e tipo de intervenção e profissionais envolvidos na intervenção. Foram identificados excertos voltados à caracterização da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental, advindos dos estudos selecionados. Essas narrativas receberam tratamento de acordo com técnica de análise de conteúdo do tipo temática, na sucessão de três fases propostas por Bardin (2011): 1. pré-análise; 2. exploração do material e; 3. tratamento dos resultados. Com o amparo do aplicativo *online QDA Miner Lite* que, de acordo com Dominiciano (2020), consiste em um programa gratuito, direcionado ao exame de dados de natureza qualitativa, foram codificadas unidades de registro que, agrupadas, levaram ao reconhecimento – e discussão – de categorias temáticas associadas à interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental.

4.1.5 Do relato da revisão

O relato da revisão deu-se pela formulação de um artigo científico, apresentado na subseção 5.1 desta dissertação.

4.2 As entrevistas não-dirigidas

4.2.1 Da seleção do método

Com o intuito de acessar o universo singular de sujeitos e investigar suas representações de mundo e concepções a respeito das questões levantadas neste estudo, optou-se pela realização de entrevistas não-dirigidas. Poupart (2010) aponta que as entrevistas não-dirigidas permitem o aprofundamento nas várias nuances da

experiência individual e, apesar de não poderem apreendê-la em completo, ganham nas técnicas de reformulação a capacidade de detalhar as dimensões focalizadas.

Também o entrevistador é parte ativa da entrevista e, segundo Zago (2003), deve ser considerado no encontro com o interlocutor, abolindo-se a suposição de que ele é perfeitamente neutro diante da investigação empírica. As entrevistas foram conduzidas com observância a um roteiro (APÊNDICE B) elaborado pelo pesquisador e orientadora, voltado a investigar o conceito de interdisciplinaridade nas práticas de cuidado saúde mental, características destas práticas, e relações entre elas e o campo da saúde coletiva. Pelo roteiro, objetivou-se garantir que:

(a) cada questão que se levanta faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõe um objeto, do ponto de vista dos interlocutores. (MINAYO, 1993, p.99).

Para Minayo (1993), os roteiros se diferenciam fundamentalmente dos questionários porque, enquanto aqueles permitem a facilitação da comunicação, o aprontamento e ampliação da exploração, estes costumam pressupor hipóteses e indagações fechadas, calcadas nas percepções do entrevistador. Portanto, o roteiro foi usado como um guião não rígido para proporcionar espaço e oportunidade para que os entrevistados desenvolvessem e aprofundassem temas imbricados às questões desta pesquisa.

4.2.2 Da seleção dos participantes

Para compor a amostra foram selecionadas pessoas que, há pelo menos dez anos, estivessem envolvidas em estudos ou debates sobre o trabalho em saúde mental e, que manifestassem aproximação teórica com o campo da saúde coletiva.

Com o propósito de consumir a fase de entrevistas no tempo estimado para este estudo e, de selecionar participantes com vasto repertório para a produção discursiva, optou-se por uma amostragem não-probabilística intencional que, segundo Soriano (2004), é útil quando se deseja aceder a casos representativos de uma população particular, capazes de fornecer informações relevantes a respeito de um assunto.

4.2.3 Da realização e transcrição das entrevistas

As entrevistas foram realizadas de modo remoto pela plataforma *Microsoft Teams* – uma interface *online* que permite reuniões virtuais síncronas com compartilhamento de elementos audiovisuais, passíveis de gravação. Uma vez acordada a colaboração, e após a apresentação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), pesquisador e entrevistado agendaram data e horário convenientes para a entrevista. Os dados audiovisuais produzidos pelos encontros foram armazenados em espaço digital *offline* (*pen drive*) e prontamente excluídos do espaço digital *online* – nuvem – da plataforma em que foram gravadas, a fim de garantir a privacidade dos participantes.

A identificação da primeira entrevistada deu-se sob a intenção de empreendimento de uma entrevista piloto. A candidata foi escolhida consensualmente entre pesquisador e orientadora, obedecendo-se os critérios para seleção de participantes e, depois de ser contactada por telefone e receber esclarecimentos a respeito do estudo, foi convidada à participação. Com o convite aceito, agendou-se a entrevista para o dia 23 de junho de 2021, a qual foi gravada. A gravação audiovisual foi assistida e minuciosamente avaliada pelo pesquisador e orientadora, que a consideraram fonte de informações valiosas para a pesquisa e, portanto, decidiram incluí-la no estudo. A entrevistada foi novamente acessada e convidada a compor, com seus relatos, a amostra. Tendo aceitado o convite, solicitou-se que firmasse o TCLE e, cumprida a rogativa, a entrevista foi incluída. Destaca-se que, após a apreciação da primeira entrevista – pretensamente piloto – decidiu-se excluir do roteiro e, em consequente do *corpus* textual, um tópico que abordava quais seriam as motivações pessoais para o estudo de temas ligados à saúde mental – a decisão partiu da compreensão de que tais informações não guardavam relação direta com as questões de pesquisa. A fim de melhor aproveitar o tempo da entrevista, decidiu-se que os dados de identificação só seriam perguntados aos entrevistados no caso de não poderem ter sido verificados em fontes confiáveis, tais como livros, *sites* institucionais ou na Plataforma Lattes - CNPq.

Todos os candidatos às entrevistas foram consensualmente selecionados pelos pesquisadores e contactados por telefone ou *e-mail*. Os consensos sobre os

nomes elegíveis foram consecutivos, de modo que o próximo nome só era aventado depois de realizada a entrevista com seu predecessor.

No primeiro contato com a pessoa eleita para a amostra, o pesquisador principal se apresentava, discorria sobre o escopo da pesquisa, esclarecia as características que levaram a pretendê-la como participante e, realizava o convite de participação. Uma vez acordada a colaboração, a entrevista era agendada e o TCLE apresentado e disponibilizado para assinatura.

Após serem realizadas cinco entrevistas, entre junho e dezembro de 2021, que juntas somaram mais de 330 minutos de conversação, decidiu-se, diante de saturação teórica, interromper a fase. A saturação teórica é um fenômeno em que, para Denzin e Lincoln (2011), ocorre a repetição ou redundância, percebida pelo pesquisador, naquilo que os dados coletados revelam, permitindo a decisão pela não inclusão de novos participantes.

As transcrições das entrevistas foram cumpridas pelo pesquisador principal, com auditoria de sua orientadora.

Em seu texto inicial, cada entrevista foi identificada com um número, sendo a 'entrevista nº 1' a inaugural, e a 'entrevista nº 5' a última realizada. A data de realização e a duração de cada encontro foram identificadas. A cada pessoa entrevistada foi atribuído um pseudônimo, assim como dados sobre: formação profissional, maior título acadêmico, atuação profissional e tempo em que estuda temas ligados à saúde mental.

Cada entrevista gravada foi reproduzida em alto som e, com auxílio da ferramenta 'ditar' do programa *Microsoft Word*, obteve-se uma transcrição automática. O pesquisador principal ouviu novamente cada entrevista, editando-as com vistas à literalidade. Cumprida esta fase, o pesquisador voltou à edição das entrevistas para subtrair informações que pudessem identificar os participantes e, então, as transcrições estiveram disponíveis para a conferência da orientadora da pesquisa, como método de validação. As entrevistas estão disponíveis no APÊNDICE D.

4.2.4 Da análise dos dados das entrevistas

As entrevistas foram analisadas com base em técnica de análise de conteúdo do tipo temática. Bardin (2011) comenta que pela análise de conteúdo alcança-se o vasto campo das comunicações, marcado pela multiplicidade. De acordo com Minayo (1993), ainda que se origine da pesquisa quantitativa, a análise de conteúdo pode ser empregada para interpretar materiais de natureza qualitativa.

Para a análise de conteúdo, sucederam-se três etapas propostas por Bardin (2011): 1. pré-análise – uma fase flexível, porém definida, em que se objetiva sistematizar e tornar operacionais ideias e hipóteses sobre a pesquisa, nesta etapa é realizada a leitura flutuante dos registros coletados, e definido o *corpus* textual, respeitando-se, critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade; 2. exploração do material – fase em que, definido o corpus textual, ele será explorado com vistas à identificação, organização, sistematização e codificação do conteúdo e; 3. tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – estágio e que os dados são lidos em profundidade, em que significados são buscados para além da literalidade e em que, da análise minuciosa, surgem inferências e interpretações.

Na fase de pré-análise, as transcrições foram exportadas para o programa Atlas.ti 9, um *software*, segundo Silva Junior e Leão (2018), útil para o tratamento de dados qualitativos e para operacionalização de análise de conteúdo. Elas foram identificadas com números de um a cinco, de acordo com a cronologia de realização e, juntas, passaram a compor um mesmo projeto, alocado em um ambiente virtual *offline* seguro, que permitiu a seleção, codificação e categorização dos dados. As narrativas foram lidas de modo flutuante, sob orientação dos objetivos desta pesquisa, o que foi fundamental para a obtenção de impressões preliminares a respeito de temas e de suas recorrências. Com o auxílio da ferramenta ‘citações’, selecionaram-se trechos vinculados aos objetivos de pesquisa que, seguindo preceitos de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade, passaram a compor o *corpus* textual.

Iniciada a fase de exploração, o *corpus* textual foi apreciado com vistas à identificação de unidades de registro. Bardin (2011) explica que tais unidades são elementos de significação, os quais podem ser melhor entendidas pela análise das

frações semânticas às quais pertencem – as unidades de contexto. Com o auxílio da ferramenta ‘codificação’ do Atlas.ti 9, identificaram-se unidades de registro que, de acordo com Bardin (2011), correspondem associações de expressões ou ideias a respeito de um assunto ou tema. Elas foram agrupadas em pré-categoriais temáticas identificadas com nome, código literal e descrição a respeito do tema a que se correlacionavam (quadro 2).

Quadro 2 – Relação entre pré-categorias temáticas e temas

Pré-categoria temática	Código literal	Tema
A questão disciplinar e o trabalho	QDT	Aspectos ligados ao paradigma disciplinar incorporados aos processos de trabalho em saúde mental.
Diagnóstico em saúde mental	DSM	Aspectos ligados à atitude diagnóstica em saúde mental.
Efeitos do trabalho interdisciplinar	EFI	Resultados observados a partir da realização de um trabalho interdisciplinar em saúde mental.
Espaços de realização do trabalho interdisciplinar	ERI	Espaços para realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental.
Fragmentação do trabalho	FGT	Aspectos ligados à divisão de trabalhadores e dos processos de trabalho em saúde mental.
Gestão desfavorável ao trabalho interdisciplinar	GDI	Características ligadas à gestão de serviços, que desfavorecem a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental.
Gestão favorável ao trabalho interdisciplinar	GFI	Características ligadas à gestão de serviços, que favorecem a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental.
Limitação na formação para o trabalho interdisciplinar	LFI	Aspectos de formação profissional que desfavorecem a atitude interdisciplinar no trabalho em saúde mental.
O campo da Saúde Coletiva	CSC	Aspectos ligados ao campo da Saúde Coletiva.
O que é um trabalho interdisciplinar	ETI	Aspectos que se ligam à ideia do que é um trabalho interdisciplinar em saúde mental.
O que não é trabalho interdisciplinar	NTI	Aspectos que contradizem a ideia do que é um trabalho interdisciplinar em saúde mental.
O território	OTR	Ideias sobre território, territorialização e atenção comunitária.
Objetivos do trabalho interdisciplinar	OTI	Objetivos pretendidos pela realização de um trabalho interdisciplinar em saúde mental.
Polissemia do termo interdisciplinaridade	PTI	Ideias sobre a multiplicidade de terminologias que se ligam aos termos interdisciplinar ou interdisciplinaridade.
Políticas Públicas	PPU	Aspectos que liguem políticas públicas ao trabalho interdisciplinar em saúde mental.

Possibilidades de formação para o trabalho interdisciplinar	PFI	Aspectos de formação profissional que favorecem a atitude interdisciplinar no trabalho em saúde mental.
Rede intersetorial	RIS	Rede de atenção intersetorial e sua ligação com trabalho interdisciplinar em saúde mental
Reforma Psiquiátrica	RPQ	Narrativas sobre a reforma psiquiátrica.
Reforma sanitária	RSN	Narrativas sobre a reforma sanitária
Relações profissionais	RPF	Aspectos das relações profissionais em ambientes de cuidado em saúde mental.
Reuniões de equipe	REE	Características das reuniões de equipe em relação à proposta de trabalho interdisciplinar em saúde mental.
Tecnologias para o trabalho interdisciplinar	TTI	Ferramentas reconhecidas como úteis na produção de um trabalho interdisciplinar em saúde mental

Fonte: elaborado pelo autor

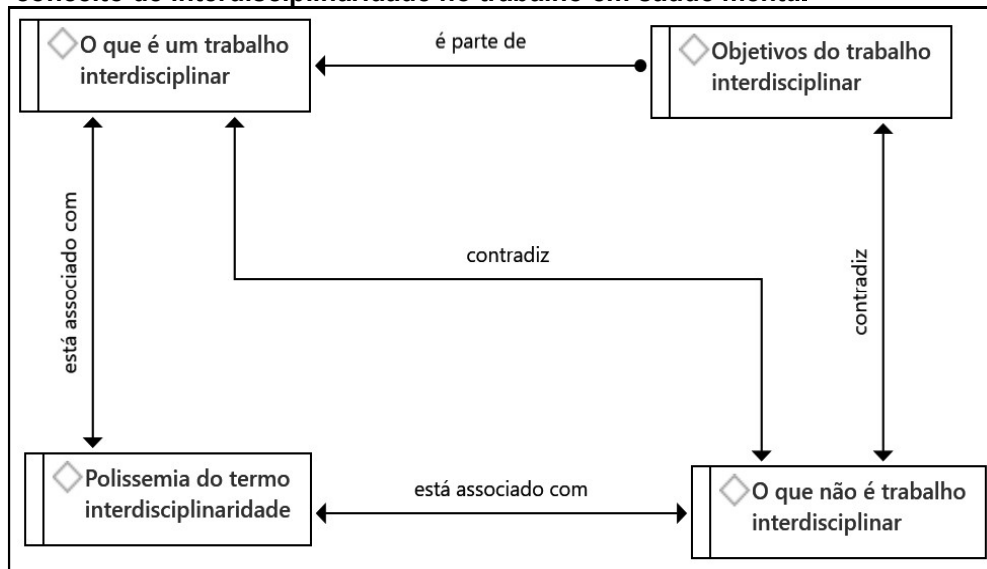
Com o emprego do recurso ‘tabela código-documento’ oferecido no aplicativo ATLAS.ti 9, geraram-se índices de frequência relativa, por entrevista, para cada unidade de registro temática. Esses índices deram vislumbre ao mapeamento da ocorrência das unidades de registro por tema e entrevistado.

Na sequência, foram analisadas as unidades de contexto em que cada unidades de registro se inseria, visando à ampliação da compreensão simbólica dos temas.

Com o uso da ferramenta ‘redes’ do ATLAS.ti 9, produziram-se relações gráficas semânticas entre as unidades de registro, o que levou a agrupá-las em 4 categorias temáticas que, de acordo com Bardin (2011), correspondem associações de expressões ou ideias a respeito de um assunto ou tema. Agrupadas, as categorias foram interpretadas.

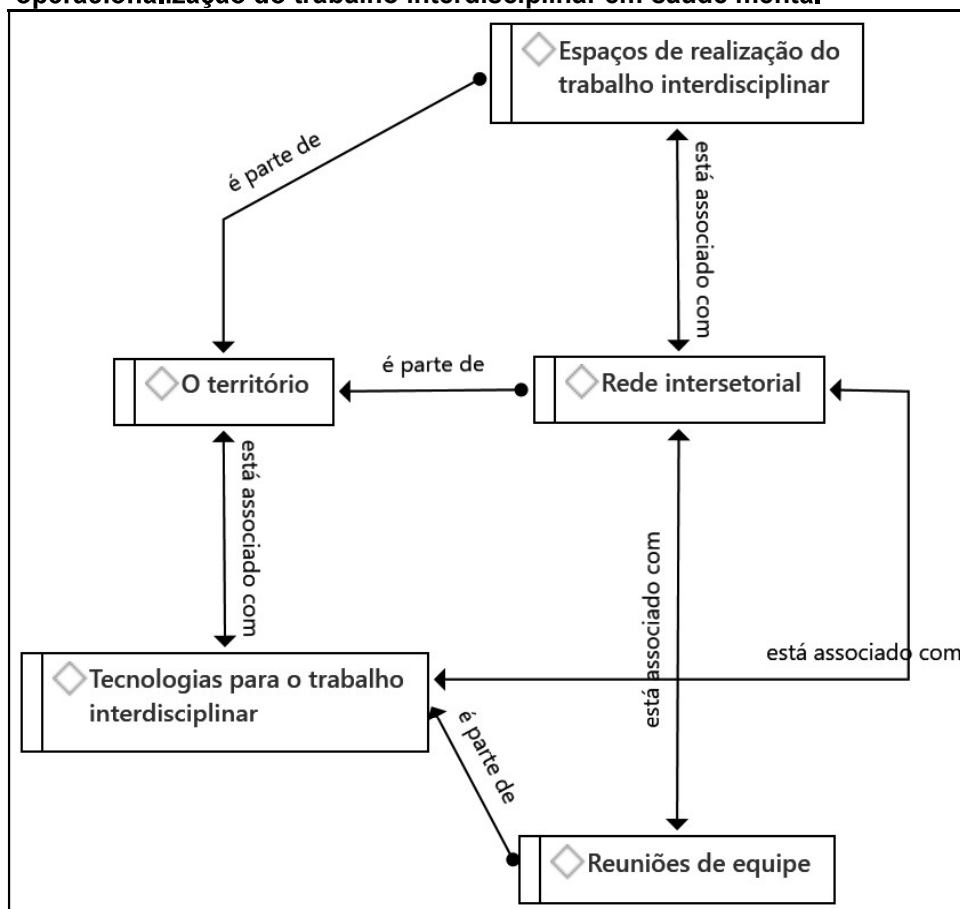
Na figura 3, estão representadas as relações semânticas entre pré-categorias que levaram ao reconhecimento da categoria temática ‘conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental’; na figura 4, as ligadas à categoria ‘operacionalização do trabalho interdisciplinar em saúde mental’, na figura 5, à categoria ‘possibilidades e limites para a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental’ e; na figura 6, as relações subscritas à categoria ‘relação entre saúde coletiva e trabalho interdisciplinar em saúde mental’.

Figura 3 – Relações entre pré-categorias temáticas na composição da categoria temática ‘conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental’



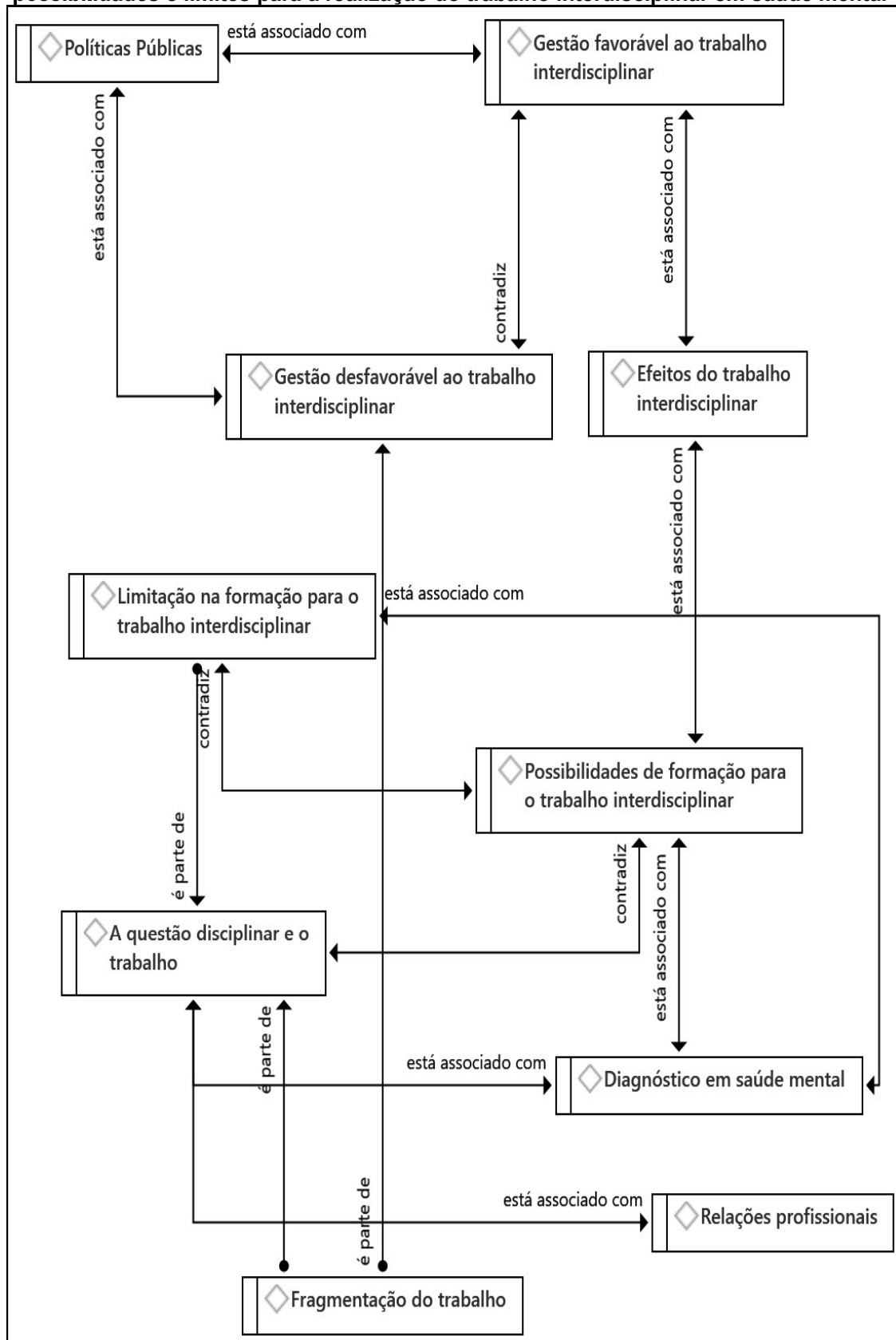
Fonte: elaborado pelo autor

Figura 4 – Relações entre pré-categorias temáticas na composição da categoria temática ‘operacionalização do trabalho interdisciplinar em saúde mental’



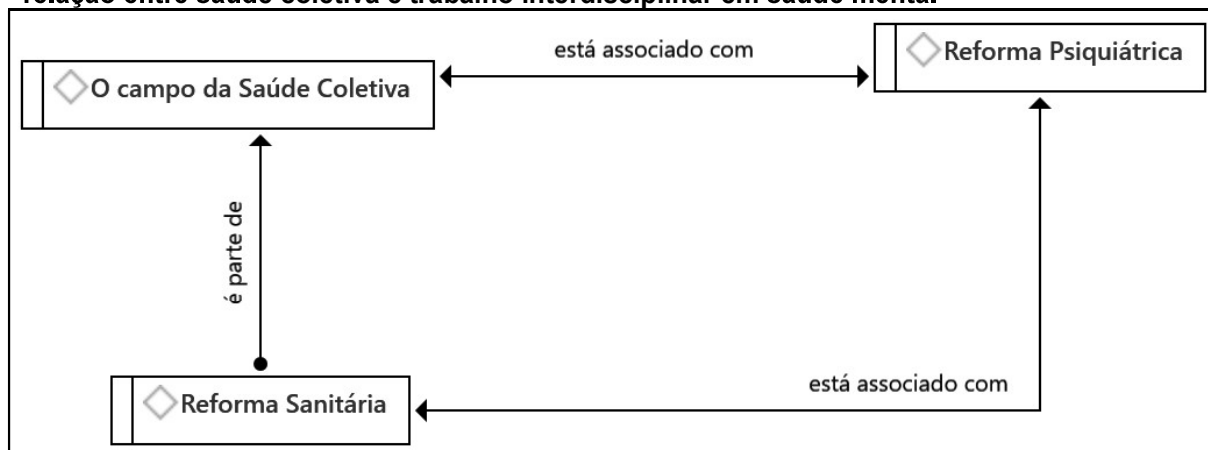
Fonte: elaborado pelo autor

Figura 5 – Relações entre pré-categorias temáticas na composição da categoria temática ‘possibilidades e limites para a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental’



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 6 – Relações entre pré-categorias temáticas na composição da categoria temática “relação entre saúde coletiva e trabalho interdisciplinar em saúde mental”



Fonte: elaborado pelo autor

4.2.5 Aspectos éticos

Nesta pesquisa, respeitaram-se as normas da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram garantidos anonimato e sigilo dos participantes e, as entrevistas ocorreram mediante apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob CAEE nº 44988721.6.0000.0107 (ANEXO D).

5. ARTIGOS CIENTÍFICOS

Produziram-se dois artigos relacionados a esta pesquisa: na subseção 5.1, apresenta-se o artigo 'Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura', submetido (ANEXO E) à revista 'Saúde em Debate', de acordo com as normas específicas (ANEXO F) para submissão. Na subseção 5.2, apresenta-se o artigo 'Os sentidos da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental', derivado da fase exploratória deste estudo.

5.1 Artigo: ‘Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura’

Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura

Interdisciplinarity in mental health care practices: an integrative literature review

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa de literatura, com o objetivo de compilar e analisar a produção teórica a respeito da expressão da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental. A coleta se deu entre os meses de maio e agosto de 2021, nas bases BVS, SciELO, Scopus, Google Acadêmico, Open Grey e ProQuest, nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola, francesa e italiana. Com o uso da estratégia SPIDER, foram definidos: cenário, assunto de interesse, desenho, avaliação e tipo de pesquisa, permitindo apresentar o perfil bibliográfico dos registros; caracterizar as práticas e analisar as características da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental. As 43 produções que compuseram a amostra final foram examinadas de maneira descritiva e por técnica de análise de conteúdo do tipo temática, discutidas à luz do referencial teórico da saúde coletiva. Identificaram-se quatro categorias temáticas: ‘conceito’, ‘operacionalidade’, ‘objetivo’ e ‘atributos’. Considerações finais: constatou-se a existência de um esvaziamento teórico a respeito daquilo que caracteriza a interdisciplinaridade no cenário do trabalho em saúde mental; que a interdisciplinaridade representa oportunidade para superação do modelo biomédico de cuidado e; que existem limites e possibilidades para sua realização. Considera-se que trabalho em equipe, apoio matricial e educação permanente favorecem a atitude interdisciplinar.

Palavras-chave: Práticas interdisciplinares. Saúde mental. Saúde coletiva. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

This is a qualitative research, built as an integrative review focused on compiling and analyzing information about the expression of interdisciplinarity in mental health care practices. Data collection took place between May and August 2021, in the BVS, Scielo, Scopus, Academic Google, OpenGrey and ProQuest databases, in Portuguese, English, Spanish, French and Italian. Using the SPIDER strategy, the following were defined: scenario, subject of interest, design, evaluation and type of research, allowing the bibliographic profile of the records to be presented; characterize the practices and analyze the characteristics of interdisciplinarity in mental health work. The 43 productions that made up the final sample were analyzed descriptively and using thematic content analysis techniques, discussed in the light of the theoretical framework of collective health. Four thematic units were identified:

'concept', 'operationality', 'objective' and 'attributes' Final considerations: there was a theoretical gap regarding what characterizes interdisciplinarity in the mental health work scenario; that interdisciplinarity represents an opportunity to overcome the biomedical model of care; and that there are limits and possibilities for its realization. Teamwork, matrix support and continuing education are considered to favor an interdisciplinary attitude.

Key words: Interdisciplinary placement. Mental health. Public health. Patient care team.

INTRODUÇÃO

Debates a respeito da interdisciplinaridade são perpetrados, há muito, por pensadores, pesquisadores e trabalhadores de várias áreas do conhecimento. O tema já era discutido na Grécia Antiga, mas com o advento do modelo cartesiano e sua hegemonia sobre o método científico, essas reflexões sofreram um refluxo¹ até que, recentemente, passassem a ocupar o centro de discussões em diversos campos. A despeito disso, parece não haver consenso sobre o conceito de interdisciplinaridade².

A proposta interdisciplinar supera atitudes multidisciplinares e multiprofissionais, apesar de contê-las. Ela envolve a concatenação de perspectivas e métodos durante todo o processo de estudo de um objeto e gera, ao final, um produto chamado transdisciplinar, com potencialidade para subsidiar a prática transformadora³.

A perspectiva interdisciplinar amplifica a possibilidade de que propostas de cuidado possam alcançar indivíduos e coletivos em seus complexos contextos de vida. A ideia de integralidade, que compõe o campo da saúde coletiva, favorece a relação entre saberes na produção de cuidados que extrapolem o foco sobre a doença, e que levem ao olhar sobre dois sujeitos – aquele que oferece e aquele que provê a atenção⁴.

O campo da saúde coletiva construiu-se sob a égide de movimentos sociais e sanitários, e pelo esforço crítico de pensadoras e pensadores que se opunham às qualidades atomista e biologicista do modelo biomédico, sugerindo a compreensão da realidade a partir do seu plano concreto, repleto de dinamismo, facetas, interações e oposições. O movimento da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial inscreveram-se, na década de 1970, como parte desses movimentos, situando-se em oposição às institucionalizações em hospitais psiquiátricos e, em defesa da ideia de que sujeitos deveriam ser compreendidos em sua complexidade, dentro de seu contexto de vida, e não apenas em função de sintomas mentais⁵.

No Brasil, influenciado pela experiência internacional de desinstitucionalização, o movimento da reforma psiquiátrica floresceu à época em que a psiquiatria comunitária e preventiva se estabeleciam como força de combate às práticas asilares e manicomiais,

perpetradas por Estados autoritários e por políticas de saúde privatistas⁶. Comum à reforma psiquiátrica e à reforma sanitária, emergiu a concepção de saúde como potência para provocar a transformação social⁷. Em consonância com ideários do campo da saúde coletiva, a reforma psiquiátrica brasileira representou o esforço de superação de modelos disciplinares de atenção à saúde – excessivamente fragmentários, organicistas e individualizados – sinalizando o valor da integração de diferentes trabalhadores e campos disciplinares na construção de novas relações entre sociedade, sofrimento psíquico e instituições, dirigidas a uma prática cidadã e substitutiva do modelo manicomial^{6, 7}.

Em amplo sentido, a atitude interdisciplinar envolve inclinar-se à complexidade de objetos e à integração de perspectivas, em contraponto ao que o modelo científico vigente apregoa: a fragmentação do conhecimento em campos disciplinares cada vez mais restritos e especializados, isolados em seus constructos teóricos e práticas. Neste estudo, partindo-se de uma revisão integrativa de literatura e sob o marco teórico da saúde coletiva, objetivou-se compilar e analisar a produção teórica a respeito da expressão da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa de literatura, parte inicial de pesquisa de mestrado.

As revisões integrativas de literatura constituem-se como ferramentas de particular importância no campo da saúde, à medida em que propiciam investigações bibliográficas a respeito de determinada temática e são capazes, assim, de orientar práticas fundamentadas pelo conhecimento científico⁸. Neste estudo, adotaram-se procedimentos sugeridos por Ganong⁹ que, juntos, compõem um contíguo de passos garantidores da obtenção, identificação, análise e síntese de dados, capazes de atribuir rigor metodológico às revisões integrativas de literatura. Em sequência, tais pressupostos compreenderam as etapas de: seleção das hipóteses ou questões para a revisão; seleção da composição da amostra; categorização dos estudos que compõem a amostra; análise dos achados; interpretação dos resultados e; relato da revisão⁹.

Para elaboração das perguntas motivadoras da pesquisa bibliográfica e dos critérios de seleção de amostra, utilizou-se a estratégia SPIDER, que auxilia a busca e seleção de estudos com diferentes delineamentos metodológicos, tornando a revisão mais robusta¹⁰. A estratégia é útil na estruturação de questões para estudos de métodos qualitativos e mistos e representa,

literalmente, um acrônimo: a letra ‘S’ simboliza as palavras ‘*Setting*/Cenário’; as letras ‘PI’ os termos ‘*Phenomenon of Interest*/Assunto de interesse’; a letra ‘D’ as palavras ‘*Design*/Desenho’; a ‘E’ as palavras ‘*Evaluation*/Avaliação’ e; por fim, a letra ‘R’ corresponde aos termos ‘*Research Type*/Tipo de pesquisa’¹¹. No quadro 1, estão apresentadas as sistematizações relativas a cada uma das unidades do acrônimo.

Quadro 1 – Uso da estratégia SPIDER para definição das perguntas de pesquisa

S – CENÁRIO	Serviços de saúde.
PI – ASSUNTO DE INTERESSE	Práticas de cuidado em saúde mental consideradas, pelos autores, como interdisciplinares; ou discussão teórica a respeito da interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde mental.
D – DESENHO	As únicas restrições em relação ao desenho são a exclusão de pesquisas realizadas como revisões bibliográficas narrativas; revisões bibliográficas integrativas; editoriais; e conteúdos publicados em <i>sites</i> , <i>blogs</i> ou revistas que não cumpram padrões científicos de produção.
E – AVALIAÇÃO	Perfil dos registros selecionados; características das intervenções oferecidas e das equipes que as conduzem; e atributos conceituais e teóricos da interdisciplinaridade aplicada no trabalho em saúde mental.
R – TIPO DE PESQUISA	Considerou-se a seleção de estudos qualitativos, quantitativos, quali-quantitativos e suas variações.

Fonte: elaborado pelos autores

Partindo da sistematização favorecida pelo uso da ferramenta SPIDER, foram concebidas três perguntas de pesquisa: 1. Qual o perfil bibliográfico dos registros selecionados?; 2. Quais as características das práticas interdisciplinares no contexto do trabalho em saúde mental, no conjunto das publicações eleitas? e; 3. Quais as características atribuídas à interdisciplinaridade, na cena do trabalho em saúde mental?

Consultas preliminares e não sistematizadas em bases de dados, revelaram não ser volumosa a produção relativa à interdisciplinaridade na conjuntura das práticas de cuidado em saúde mental. Por isso, decidiu-se maximizar a chance de obtenção de registros e, na etapa inicial da seleção, não foram estabelecidos limites para o ano das publicações e a consulta foi ampliada para bases de literatura cinzenta, que compreendem meios inabituais de divulgação científica e, assim, podem conter variados tipos de publicações¹². As buscas foram realizadas entre os meses de maio e agosto de 2021, em meio virtual *online*, e incluíram registros que estivessem adequados a parâmetros de seleção preestabelecidos. Como critérios de inclusão, adotaram-se: estudos publicados em qualquer ano e por qualquer país; estudos disponíveis gratuita e integralmente no sistema pesquisado; estudos publicados em uma das seguintes

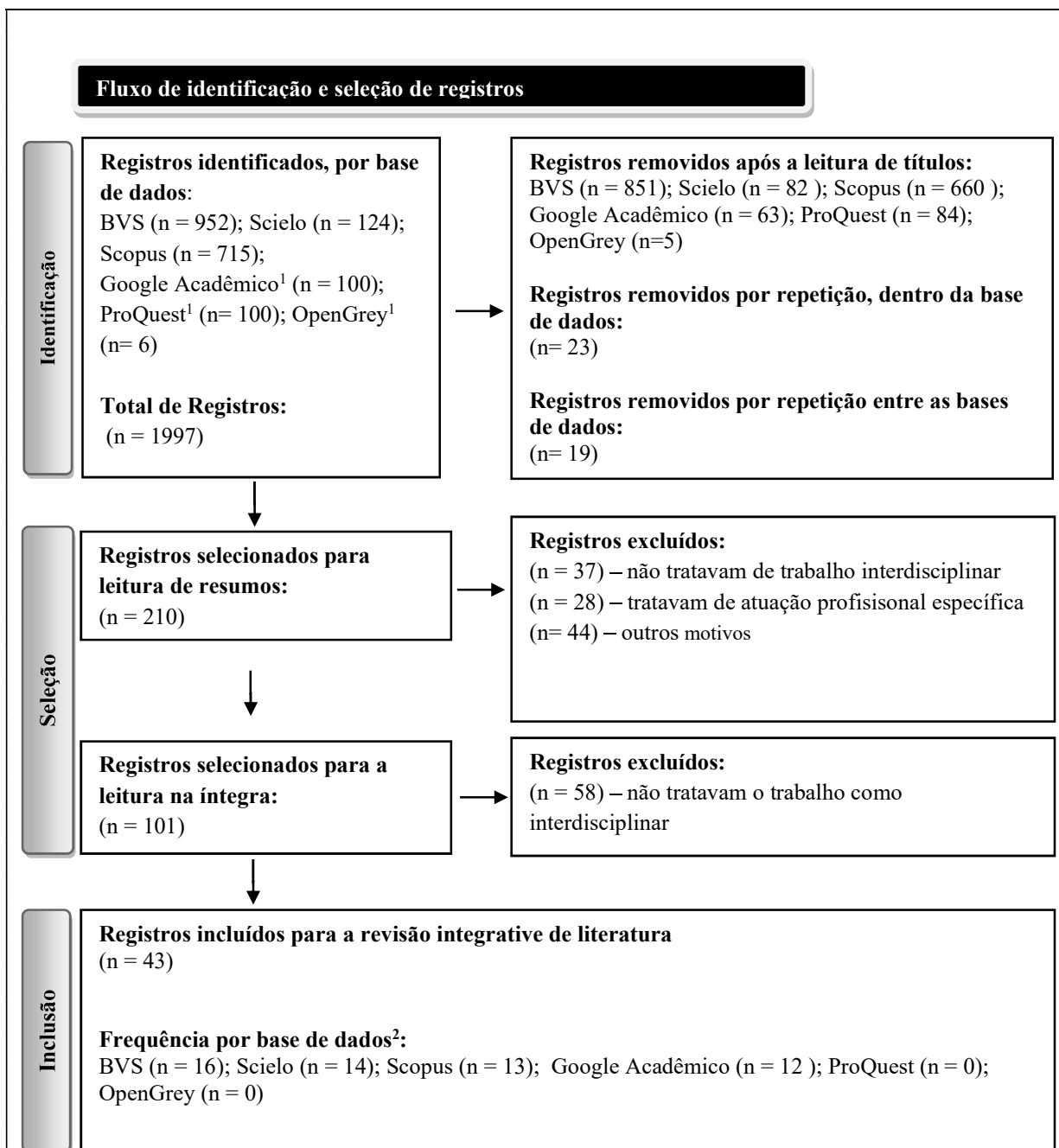
línguas: portuguesa, inglesa, espanhola, francesa ou italiana; estudos que descrevessem práticas de cuidado em saúde mental classificadas, pelos autores, como interdisciplinares, ou que discutissem, conceitualmente, a interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde mental. Os critérios de exclusão observados foram: editoriais; revisões narrativas ou integrativas de literatura; textos publicados em *sites* ou *blogs* não científicos; textos sem rigor metodológico.

Optou-se por realizar buscas nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Scopus; Google Acadêmico; *Open Grey*; e ProQuest – sendo, as três últimas, bases de literatura cinzenta. Para a escolha dos termos de pesquisa, foram consultados Descritores em Ciências da Saúde (DECS), que fazem parte de um vocabulário trilingue criado pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e inspirado no *Medical Subject Headings* (MeSH) da U.S. *National Library of Medicine*, com vistas à indexação, pesquisa e recuperação de material científico¹³. O descritor eleito foi ‘Saúde Mental’. Esse descritor, nas consultas, foi associado às palavras ‘interdisciplinar’ e ‘interdisciplinaridade’ pelo uso de operadores lógicos booleanos que, são elementos definidores das relações entre termos, nas buscas em bases de dados de literatura científica¹⁴. Foram escolhidas as combinações entre os descritores, termos e operadores que resgatassem mais registros. Assim, nas bases BVS e SciELO, os termos foram operados na forma: *interdisciplinar\$ AND “saúde mental”*; e nas bases Scopus, Google Acadêmico, ProQuest e *Open Grey* a operação escolhida foi: *interdisciplinar\$ AND “saúde mental” OR “mental health” OR “salud mental” OR “santé mentale” OR “salute mentale”*.

Na primeira fase de busca, 1997 registros foram recuperados. Importa destacar que as bases de dados de literatura cinzenta costumam listar extensas quantidades de publicações e, por esse motivo, selecionaram-se até os 100 primeiros registros arrolados, em cada uma delas, enquanto nas bases de dados de literatura não-cinzenta a totalidade dos estudos listados foi selecionada, na etapa inicial. Após a leitura de todos os títulos, foram selecionados 210 textos para a apreciação dos resumos que, depois de lidos completa e exaustivamente, destinaram 101 registros à avaliação. Após leitura minuciosa destes, 43 publicações foram escolhidas para compor a amostra bibliográfica final. A descrição pormenorizada da fase de seleção dos registros está expressa na figura 1, que foi adaptada a partir da proposta de fluxograma para revisões sistemáticas de literatura ‘PRISMA 2020 *flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only*’¹⁵.

A falta de relação entre interdisciplinaridade e trabalho em saúde mental e o foco em atuações profissionais específicas, não ligadas à interação profissional, foram os principais motivos para a exclusão de registros nas fases de seleção.

Figura 1 – Fluxo de identificação e seleção de registros



¹ Nestas bases, reconhecidas como de literatura cinzenta, foram considerados até os 100 primeiros registros listados – na base Google Acadêmico foram listados, na busca, inicial mais de 21.200 registros e na ProQuest mais de 1.600.

² indica o número de registros, dentre os selecionados, que a base de dados contém.

A fim de organizar as informações de forma descritiva e garantir que fossem reunidas abrangente e equitativamente, criou-se um instrumento de coleta de dados inspirado em outras ferramentas empregadas em revisões integrativas de literatura, uma validada por Ursi¹⁶, e outra proposto por Azevedo¹⁷. A análise de cada registro selecionado levou à sistematização de dados sobre sua identificação; instituição de estudo; tipo de publicação; características metodológicas empregadas; avaliação do rigor metodológico, incluindo nível de evidência científica e ; sobre a recuperação de trechos em que características atribuídas à interdisciplinaridade, na cena dos cuidados em saúde mental estivessem exploradas. Foram considerados como nível 1 de evidência as metanálises ou ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, os estudos individuais com desenho experimental; nível 3, os estudos quase-experimentais; nível 4, os estudos descritivos não experimentais ou com abordagem qualitativa; nível 5, os relatos de caso ou de experiências e; nível 6, as experiências obtidas da opinião de especialistas⁸.

Os excertos voltados à caracterização da interdisciplinaridade receberam tratamento de acordo com técnica de análise de conteúdo do tipo temática, e com o amparo do aplicativo *online QDA Miner Lite*, que consiste em um programa gratuito, direcionado ao exame de dados de natureza qualitativa^{18,19}. As passagens recuperadas foram lidas de maneira flutuante e, observando-se regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência chegou-se ao *corpus* textual da amostra¹⁸. Estatísticas descritivas a respeito da frequência de dados coletados foram geradas.

RESULTADOS

Características ligadas à identificação e às questões de pesquisa dos 43 textos eleitos estão expressas no quadro 2.

Quadro 2 – Identificação dos estudos da amostra

TÍTULO/ AUTORES/ ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS	IDIOMA	PAÍS	OBJETIVO/ QUESTÃO DE PESQUISA
“A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil” (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).	BVS SciELO	Português	Brasil	Conhecer a percepção dos profissionais integrantes de uma equipe sobre o trabalho multiprofissional.
“Acompanhamento terapêutico e ação interdisciplinar na atenção psicossocial” (PITIÁ, 2013).	SciELO	Português	Brasil	Discutir a relação entre a ação do acompanhamento terapêutico e a interdisciplinaridade em saúde, imiscuída ao campo da

				atenção psicossocial.
“ <i>Na Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia</i> ” (MAYER-AMBERG; WOLTMANN; WALTHER, 2016).	Scopus	Inglês	Suiça	Avaliar o impacto do cuidado integrado na hospitalização e satisfação de indivíduos esquizofrênicos.
“ <i>An interdisciplinary mental wellbeing intervention for increasing flourishing: two experimental studies</i> ” (PRZYBYLKO; MORTON; MORTON; RENFREW; HINZE, 2021).	Scopus	Inglês	EUA	Investigar se uma intervenção interdisciplinar <i>online</i> , é capaz de impactar o “florescimento”.
“ <i>An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms</i> ” (MARKLE-REID; MCAINEY; FORBES; THABANE; GIBSON; BROWNE; HOCH; PEIRCE; BUSING, 2014).	Scopus	Inglês	Inglaterra	examinar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção interprofissional, liderada por enfermeiros, na promoção da saúde mental, em idosos sob cuidados domiciliares.
“Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica” (MOREIRA; TORRENTÉ; JUCÁ, 2018).	Scopus	Português	Brasil	Analisar as práticas de acolhimento a crianças e adolescentes desenvolvidas pelos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.
“Arte e mediação terapêutica: sobre um dispositivo com adolescentes na clínica-escola” (LIMA; MARTINS; ROCHA; PARENTE JUNIOR; CASTRO; PINHEIRO; DOMINGUES, 2013).	BVS	Português	Brasil	Construir um dispositivo clínico interdisciplinar, privilegiando a mediação terapêutica da arte.
“Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família” (REIS; MEDEIROS; PACHECO; CAIXETA, 2016).	Scopus	Português	Brasil	Compreender os significados atribuídos pelos atores de cuidado ao trabalho desenvolvido em uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
“Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade” (SCHNEIDER; SOUZA; NASI; CAMATTA; MACHINESKI, 2009).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Compreender as concepções de uma equipe de saúde mental sobre a interdisciplinaridade
“Construindo saberes no trabalho em saúde mental: experiências de formação em saúde” (ROSA; ANDRADE; OLIVEIRA; SILVA; FERREIRA; INÁCIO; ARAÚJO, 2015).	SciELO Scopus	Português	Brasil	Apresentar experiências desenvolvidas a partir da interação entre saberes na área da saúde mental, mediadas pelo Projeto PET-Saúde/Redes de Atenção.
“Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil” (BRANDÃO JUNIOR; CANAVEZ; RAMOS, 2017).	SciELO	Português	Brasil	Relatar uma experiência pautada na lógica de uma assistência ambulatorial ampliada, em articulação com o campo da educação.

“Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental” (MORETTO; TERZIS, 2012).	BVS	Português	Brasil	Investigar, descrever e compreender algumas experiências emocionais de uma equipe interdisciplinar de saúde mental.
“Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial” (PESSOA; JORGE; LOURINHO; CATRIB, 2018).	BVS Google Acadêmico SciELO	Português	Brasil	Compreender os desafios enfrentados pelos trabalhadores no cotidiano da atenção psicossocial.
“GRUPO TERAPÊUTICO INTERDISCIPLINAR: experiência entre farmácia e psicologia” (LOPES; ALMEIDA; GOMES; SILVA; LIMA; DANTAS; GONDIM, 2017).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Descrever a experiência interdisciplinar vivida por graduandos de Farmácia e de Psicologia no acompanhamento de grupos terapêuticos de uma Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.
“INTERDISCIPLINARIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): produção de sentidos e subjetividades” (OLIVEIRA, 2018).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Investigar significados da interdisciplinaridade no cuidado em saúde mental para profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial.
“INTERDISCIPLINARIDADE: fortalecendo a rede de cuidado em saúde mental” (AZEVEDO; FILHA; SILVA; FAUSTINO; ARARUNA; BARROS, 2012).	Google Acadêmico	Português	Brasil	identificar estratégias desenvolvidas em serviços substitutivos, que visem à interdisciplinaridade no contexto das ações em saúde mental e da reabilitação psicossocial.
“Interdisciplinaridade no processo de trabalho em Centro de Atenção Psicossocial” (JORGE; SALES; PINTO; SAMPAIO, 2010).	BVS Google Acadêmico	Português	Brasil	Analisar o processo de trabalho da equipe de profissionais de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
“ <i>Implementation of a collaborative care model for the treatment of depression and anxiety in a community health center: results from a qualitative case study</i> ” (SANCHEZ; EGHANEYAN; MITSCHKE, 2014).	Scopus	Inglês	EUA	Examinar a implementação de um modelo de assistência colaborativa em uma clínica de atenção primária.
“O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar” (ROCHA, 2005).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Aprofundar o conhecimento sobre a inserção do enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial.
“O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo” (JAFELICE; MARCOLAN, 2018)	BVS	Português	Brasil	Analisar como profissionais compreendiam a multi, inter e transprofissionalidade e como essas práticas aconteciam nos CAPS de São Paulo/SP.
“O trabalho psicossocial em rede: uma experiência no município de Cajamar” (ANSARA; TAFFARELLO,	BVS	Português	Brasil	Relatar a experiência de uma prática psicossocial comunitária, a partir dos serviços do Centro de

2015).				Referência e Assistência Social (CRAS).
“Objeto e tecnologias do processo de trabalho de uma equipe itinerante em saúde mental” (ESLABÃO; PINHO; COIMBRA; LIMA; CAMATTA; SANTOS, 2018).	BVS	Português	Brasil	Analisar objeto e tecnologias do processo de trabalho de uma equipe Itinerante de atenção a usuários de drogas.
“O trabalho com grupos no PAIF: um diálogo interdisciplinar com a oficina de intervenção psicossocial” (AFONSO; FADUL, 2015).	BVS	Português	Brasil	Sistematizar as contribuições da Oficina de Intervenção Psicossocial para o trabalho com grupos no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF).
“Participação e interdisciplinaridade: uma abordagem inovadora de meta-avaliação” (FURTADO; LAPERRIÈRE; SILVA, 2014).	SciELO	Português	Brasil	Avaliar a situação de moradia de duas clientelas de pessoas com Transtorno Mental Grave, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.
“Percepções sobre o processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil” (BELOTI; QUINTANILHA; TRISTÃO; R. NETO; AVELLAR, 2017).	SciELO Scopus	Português	Brasil	Analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de trabalho e a produção do cuidado, diante da fusão de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas infanto-juvenil a um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil.
“Práticas de cuidado extramuros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: a ocupação cidadã” (FONSECA; GALLASSI, 2021).	SciELO	Português	Brasil	Investigar as práticas extramuros realizadas pelos profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.
“Práticas psicossociais em psicologia: um convite para o trabalho em rede” (OLIVEIRA; CALDANA, 2014).	BVS	Português	Brasil	Apresentar reflexões de psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial sobre aspectos de suas práticas psicossociais.
“Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta” (SILVEIRA, 2012).	BVS SciELO	Português	Brasil	Abordar a dissociação entre a saúde mental e a saúde pública e as práticas que propõem sua integração; analisar documentos em saúde que referem essa necessidade de integração.
“Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de centros de atenção psicossocial” (SILVA; OLIVEIRA FILHO, 2013).	SciELO	Português	Brasil	Analisar as produções discursivas de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial sobre o processo de atuação em equipe.
“PROGRAMA ‘UEPG ABRAÇA’: uma perspectiva interdisciplinar sobre a saúde mental na universidade” (FLORIANO; MARTINS; BRABICOSKI; SILVA, 2020).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Discorrer sobre as atividades desenvolvidas pelo serviço de atenção psicossocial Programa “UEPG Abraça”, e relatar a perspectiva da equipe multiprofissional sobre o

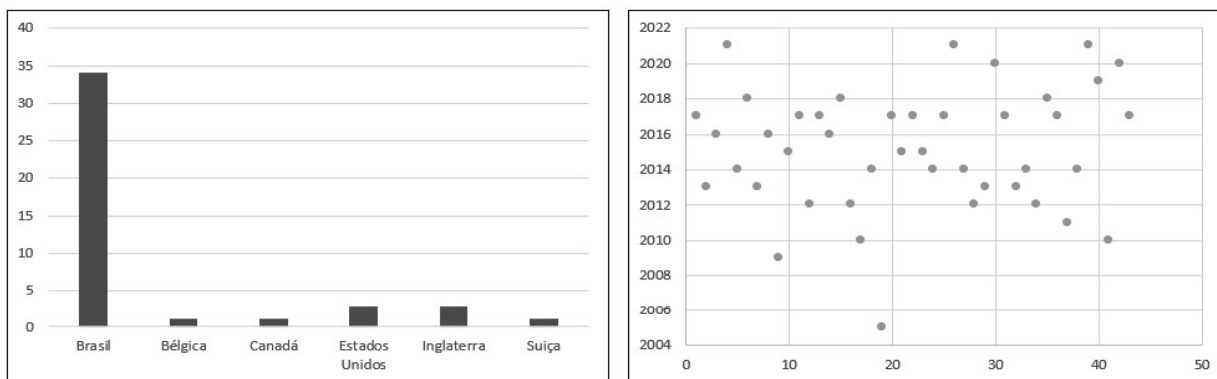
				processo de trabalho.
“Psicologia e trabalho interdisciplinar na Atenção Primária: um relato de experiência” (MESQUITA; PERUCCHI; MATTOS, 2017).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Apresentar um relato de experiência sobre a atuação de uma residente de psicologia em uma equipe multiprofissional.
“Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova” (COUTO; SCHIMITH; DALBELLO-ARAUJO, 2013).	BVS	Português	Brasil	Analisar os desdobramentos de uma intervenção ocorrida durante o projeto de estágio “Psicologia e Saúde Coletiva: Promovendo a Saúde na Comunidade”, em uma UBS.
“Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento” (FORTES; MENEZES; ATHIÉ; CHAZAN; ROCHA; THIESEN; RAGONI; PITHON; MACHADO, 2014).	BVS SciELO Scopus	Português	Brasil	Analisar a participação da Psiquiatria na organização da assistência em saúde mental centrada na APS.
“Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde” (VASCONCELOS; JORGE; PINTO; PINTO; SIMÕES; MAIA NETO, 2012).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Analisar a estratégia de apoio matricial e seus constantes desdobramentos.
“Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais” (SANTOS; PESSOA JUNIOR; MIRANDA, 2018).	BVS	Português	Brasil	Verificar a adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais de nível superior nos serviços da rede de atenção psicossocial de uma capital do Nordeste brasileiro.
“Relations between mental health team characteristics and work role performance” (FLEURY; GRENIER; BAMVITA; FARAND, 2017).	BVS	Inglês	Canadá	Determinar a associação entre o desempenho da função de trabalho e uma ampla gama de variáveis relacionadas à eficácia das equipes; avaliar a covariância entre cada uma dessas variáveis, e a correlação com variáveis externas.
“Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do ‘Cândo Ferreira’, em Campinas” (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011).	Google Acadêmico SciELO	Português	Brasil	Analisar o processo de reforma psiquiátrica a partir de um foco dirigido ao trabalho interdisciplinar de um serviço de saúde.
“Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos” (SCHEFFER; SILVA, 2014).	SciELO	Português	Brasil	identificar o acesso dos portadores de transtorno mental à rede e analisar trabalho intersetorial de equipe.
“ <i>The effectiveness of an online interdisciplinary intervention for mental health promotion: a randomized controlled trial</i> ” (PRZYBYLKO; MORTON; KENT; MORTON; HINZE; BEAMISH; RENFREW, 2021).	Scopus	Inglês	Inglaterra	Examinar se uma intervenção interdisciplinar <i>online</i> foi capaz de melhorar medidas de saúde mental e bem-estar emocional.

“ <i>The Missouri Prevention Center: A multidisciplinary approach to reducing the societal prevalence and burden of youth mental health problems</i> ” (HERMAN; REINKE; THOMPSON; HAWLEY, 2019).	BVS Scopus	Inglês	EUA	Descrever as contribuições multidisciplinares do <i>Missouri Prevention Center</i> na melhora de aspectos sociais, comportamentais e emocionais de jovens.
“TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE MENTAL: o desafio interdisciplinar em um caps” (VASCONCELLOS, 2010).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Investigar as possibilidades e os obstáculos da integração interdisciplinar Centro de Atenção Psicossocial.
“ <i>Variables associated with interprofessional collaboration: a comparison between primary healthcare and specialized mental health teams</i> ” (KEBE; CHIOCCHIO; BAMVITA; FLEURY, 2020).	Scielo Scopus	Inglês	Inglaterra	Este estudo tem dois objetivos: primeiro, identificar, analisar e comparar variáveis associadas à colaboração interprofissional em equipes de trabalhadores da saúde mental.
“ <i>Why Collaborative Care for Depressed Patients is so Difficult: a belgian qualitative study</i> ” (BROECK; KETTERER; REMMEN; VANMEERBEEK; DESTOOP; DOM, 2017).	Scopus	Inglês	Bélgica	Identificar limites para a colaboração interdisciplinar entre médicos no tratamento de pacientes gravemente deprimidos; identificar e medir variáveis que podem contribuir para melhorar a colaboração entre o primeiro e o segundo nível de atenção à saúde belga, no tratamento de pacientes deprimidos.

Fonte: elaborado pelos autores

A base de dados que concentrou maior ocorrência de registros, dentre os da amostra final, foi a BVS, com 16,29% (n=16) deles; seguida da SciELO, com 14,25% (n=14); da Scopus, com 13,29% (n=13); e da Google Acadêmico, com 12,22% (n=12).

A maioria das pesquisas selecionadas (n=34) procederam do Brasil e foram publicadas, mais frequentemente, entre os anos de 2010 e 2020, como se pode observar na figura 2. A língua predominante foi o português, em 79% (n=34) da amostra, seguida do inglês, em 21% (n=9) dela.

Figura 2 – País e ano de publicação

À esquerda, a frequência das publicações por país; à direita, a dispersão dos anos de publicação.

Fonte: elaborado pelos autores

As publicações derivaram majoritariamente, 81% (n= 35), da área da saúde, enquanto 19% (n=8) partiram de outras áreas. A maioria das investigações foram desenvolvidas sob abordagens qualitativas de pesquisa e conduzidas, sobremaneira, pelo fulcro da enfermagem, psicologia, saúde coletiva e da pesquisa interdisciplinar.

A respeito do nível de evidência, 51% (n=22) dos estudos correspondiam ao nível 4 – estudos descritivos não experimentais ou com abordagem qualitativa; 44% (19) ao nível 5 de evidência – relatos de caso ou de experiência; em torno de 2% (n=1) ao nível 2 – estudo individual com desenho experimental e; aproximadamente 2% (n=1) ao nível de evidência 1 – metanálises ou ensaios clínicos randomizados controlados.

A maior parte dos textos, como se pode notar na figura 3, vinculava alguma descrição, mesmo que sumária, a respeito de práticas interdisciplinares de cuidado em saúde mental, as quais costumavam dirigir-se predominantemente a indivíduos, do que a coletivos. As intervenções individuais preferidas foram o acolhimento, o atendimento ambulatorial, a interconsulta, o apoio psicossocial e o atendimento domiciliar, ao passo que as coletivas priorizaram educação em saúde e encontros em grupos e oficinas.

Figura 3 – Descrição da intervenção

À esquerda, a proporção de publicações que continham ou não a descrição de práticas interdisciplinares de intervenção em saúde mental; à direita, o tipo de intervenção realizada.

Fonte: elaborado pelos autores

As pesquisas que trouxeram panoramas a partir de espaços de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) compuseram a maior parte da amostra, aproximadamente 37% (n=16) dela. Os atores das práticas de cuidado foram, mais frequentemente, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, seguidos por enfermeiros, médicos generalistas, estudantes, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e técnicos em enfermagem.

A tarefa de recuperação de passagens que caracterizassem a interdisciplinaridade no contexto das práticas de cuidado em saúde mental resultou na identificação de 54 excertos, advindos de 26 estudos diferentes, dos quais 96% (n=25) eram brasileiros. No *corpus* textual, reconheceram-se quatro categorias temáticas: ‘conceito’, ‘operacionalidade’, ‘objetivos’ e ‘atributos’.

A categoria ‘atributos’, pela qual se identificaram os principais elementos que predicam a prática interdisciplinar em saúde mental, apontou-os como: capacidade de interação entre os trabalhadores que compõem uma equipe de atenção; habilidade em relacionar saberes e disciplinas de modo horizontalizado e constante foco na construção objetiva de um plano terapêutico. Parte dessa ideia pode ser observada na narrativa que segue:

Assim sendo, a proposta do NASF é trabalhar interdisciplinarmente em conjunto com a APS, em ações de interconsulta, discussão de casos, consultas conjuntas e visitas domiciliares para caracterização dos problemas específicos de sua demanda, desenvolvimento de novos tipos de intervenção terapêutica, estruturação da rede de cuidado em saúde e de parcerias intersetoriais com os recursos comunitários²⁰⁽¹⁰⁸³⁾.

A categoria ‘operacionalidade’, pela qual se buscou inferir quais os recursos fundamentais para que uma atitude interdisciplinar de atenção em saúde mental pudesse ser

realizada, revelou que as reuniões profissionais em equipe e a efetiva comunicação entre os profissionais surgem como a principal tecnologia operacional.

Pela categoria temática ‘conceito’, pretendeu-se explorar aquilo que definisse interdisciplinaridade na cena do cuidado em saúde mental. Essencialmente, essa conceituação referiu-se a: um trabalho desempenhado por vários profissionais com formações diferentes.

A categoria temática ‘objetivos’ contém impressões a respeito de quais seriam as principais finalidades ao se investirem cuidados interdisciplinares àqueles que manifestam sofrimento mental: a intenção de superação de modelos tradicionais de atenção, a ampliação do cuidado, a atenção às coletividades, a solução de impasses atuais no cuidado em saúde mental, e a integralidade da assistência. No excerto que segue, alguns desses elementos podem ser identificados:

O trabalho interdisciplinar tornou-se um dos grandes avanços na reforma psiquiátrica em todo o mundo, por proporcionar integralidade na assistência a pessoas em situação de sofrimento psíquico, de forma a compartilhar os saberes e sanar as deficiências e dúvidas nos momentos mais necessários²¹⁽⁹⁶⁴⁾.

Ao apresentarem conclusões e discussões de pesquisa, os autores dos documentos selecionados expuseram limites e possibilidades para a realização do trabalho interdisciplinar, no bojo da atenção em saúde mental. O principal impasse, apontado em cerca de um terço dos registros, foi ausência de formação para a atitude interdisciplinar; tanto durante a graduação profissional, quanto – e principalmente – nos espaços de trabalho. Em 23% (n=10) dos registros, a postura disciplinar, reproduzida em práticas individuais e não conectadas ao fazer de outros profissionais, representou barreira para a consolidação da interdisciplinaridade, tal como a desarticulação da gestão de serviços à proposta interdisciplinar e a dificuldade para a programação de espaços regulares de reuniões de equipe. A influência do modelo biomédico e a dificuldade para a interação intersetorial, assim como a precarização de vínculos empregatícios foram notadas, com menor frequência, como limites. Em relação às possibilidades, houve predominante apontamento, dentre as publicações, do potencial transformador que as práticas interdisciplinares guardam em relação aos processos de trabalho em saúde, e do apoio matricial como ferramenta capaz de favorecê-las. Outras potencialidades como a redução de tempo de institucionalização, atenção integral, participação popular e comunicação intersetorial também, em menor frequência, foram ligadas ao trabalho interdisciplinar em saúde mental.

DISCUSSÃO

O material selecionado é predominantemente brasileiro e datado dos últimos dez anos. Essa ocorrência pode se ligar à liderança mundial do Brasil nas publicações de pesquisas científicas com acesso aberto, e também ao papel que o campo da saúde coletiva brasileira tem, desde a reforma sanitária, na criação de espaços críticos que permitam reflexões sobre novas práticas de cuidado e sobre a apropriação e compartilhamento de saberes^{22,23} – o que, essencialmente, liga-se à ideia de trabalho interdisciplinar.

As observações sobre o tempo e a procedência dos registros levam a duas constatações: uma, diz respeito à escassez de publicações de países latino-americanos, além do Brasil, sobre a temática, países que estiveram e estão envolvidos na estruturação da saúde coletiva como campo teórico e; a outra dirige-se ao fato de que, ainda que discutida desde a antiguidade, a interdisciplinaridade não ganhou espaço permanente na cena da produção científica ligada ao trabalho em saúde mental, alcançando-a apenas nos dez últimos anos, e de modo tímido.

No campo da saúde mental, há de se reconhecer o protagonismo brasileiro na incorporação de novas formas de cuidado. As políticas públicas brasileiras dirigidas à saúde mental mudaram sensivelmente ao longo das décadas, como resultado de movimentos nacionais e internacionais que incorporaram ideários da medicina preventiva e social, e que conceberam outras noções de interdisciplinaridade e gestão²⁴. Ainda que datem dos anos setenta os primeiros arroubos da reforma psiquiátrica brasileira, apenas mais recentemente ela foi impulsionada no país, quando, em 2001 aprovou-se a Lei 10.216/2001 e instituiu-se a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e quando, em 2011, implementou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada através da Portaria nº 3088/2011²⁵. As novas composições propulsadas pela RAPS favorecerem a incorporação de trabalhadores com formações diferentes em um modelo de cuidado que pretendia substituir os hospitais psiquiátricos e instalar-se na base das comunidades²⁵. Acredita-se que a recente experiência brasileira na estruturação de serviços públicos de atenção à saúde mental, organizados sob a lógica de trabalho de equipes multiprofissionais, fomentou – sobremaneira nos últimos anos – a discussão política, social e teórica a respeito das estratégias interdisciplinares de atuação.

As áreas de enfermagem, psicologia, saúde coletiva e as pesquisas interdisciplinares foram as mais frequentes fundadoras dos estudos selecionados que, em sua maioria, realizaram-se sob uma abordagem qualitativa. As pesquisas qualitativas são valiosas na saúde quando se deseja assimilar um tema de modo holístico e interpretativo²⁶ e, neste sentido, a tradição dessas áreas de penetrar o cenário material e subjetivo dos seus objetos de

investigação provavelmente influenciou a escolha por essas abordagens de pesquisa. Os profissionais de saúde que tradicionalmente intervêm sobre questões psíquicas – como psiquiatras e psicólogos – foram os mais envolvidos nas práticas descritas, o que revela um conservadorismo a respeito de quem deve protagonizar o cuidado em saúde mental.

Numa perspectiva em que o sujeito, em seu território e amplo contexto de vida, é o foco da intervenção, outras redes setoriais como cultura, esporte, lazer, deveriam ser envolvidas na discussão e proposição de cuidados, em um ato de consolidação do diálogo intersetorial que deve, fundamentalmente, ser conduzido por agendas da gestão em saúde.

Limites e possibilidades para a realização do trabalho interdisciplinar

A atitude interdisciplinar sofre, na cena da atenção em saúde mental, limitações, mas também indica novas possibilidade de trabalho.

Notou-se que a maioria das publicações trazia descrições a respeito de uma atitude de cuidado interdisciplinar voltada à saúde mental, frequência indicadora de que o palco da prática instiga, a partir da experiência, reflexões e pesquisas. A marcante recorrência de pesquisas do tipo estudo de caso ou relato de experiência corrobora o papel fundador que as vivências assumem para produções científicas sobre interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental, já que ambos – estudos de caso e relatos de experiência – são estratégias metodológicas que observam e discutem realidades concretas. Apesar de a eles não se atribuírem altos níveis de evidência científica, constituem-se como profícuos indicadores de situações particulares que, em conjunto, podem traduzir contextos complexos. Contudo, a escassa variedade de abordagens metodológicas e disciplinares que se voltem à atitude interdisciplinar no cuidado em saúde mental dificulta uma compreensão ampla e aprofundada do tema.

Dentre as práticas descritas, foram mais frequentemente registradas aquelas voltadas a indivíduos, mas não distantes, em frequência, das dirigidas a coletividades e, neste caso, ganharam destaque a realização de grupos terapêuticos e oficinas. Ao lado das oficinas e grupos terapêuticos, também foi citada como exemplo de intervenção voltada ao coletivo a educação em saúde, que se realiza considerando as experiências e saberes das pessoas em seus planos concretos de vida, sob a lógica da relação entre três grupos: profissionais interessados em prevenção e promoção de saúde; gestores; e usuários²⁷. Neste sentido, a educação em saúde vincula a ideia primeira da interdisciplinaridade – a integração de atores e saberes – e expressa o interesse encontrado no campo da saúde coletiva em compreender os sujeitos em

seu território, território que envolve a determinação de espaços em constante construção, marcados pelo dinamismo e peculiaridades de suas populações²⁸.

Há de se acentuar que, no polo de propostas contra-hegemônicas de cuidado, a interdisciplinaridade poderia justificar a penetração e investigação da realidade social dos indivíduos, das suas comunidades e culturas, a observação da composição histórica e temporal dos sujeitos e inovar as formas de se realizar o trabalho em saúde. Ao contrário disso, a avaliação da amostra bibliográfica pode revelar que práticas consideradas interdisciplinares mantinham características perpetradas por um modelo hegemônico de cuidado, biomédico, empenhado na abordagem de sujeitos individuais e em estratégias de atenção consolidadas por atitudes de atendimento ambulatoriais.

Também como empecilho para o exercício interdisciplinar, foi destacada a rigidez dos campos disciplinares. O modelo biomédico contribui para a objetificação dos sujeitos a um corpo orgânico, e deste corpo às suas mínimas partes. A formação profissional, regida por este mesmo paradigma, instrui a especialização de trabalhadores que, ao lidarem com fragmentos de um indivíduo orgânico, perdem a capacidade de entendê-lo em totalidade, e que ao exaurirem-se na ceara pormenorizada dos seus campos de conhecimento, tornam-se pouco habilidosos para o diálogo com outros saberes.

O trabalho interdisciplinar exige a ruptura dos limites da disciplina, o reconhecimento do valor dos diversos campos do conhecimento, e a disposição para a interação dedicada. “O estabelecimento de uma prática interdisciplinar requer profissionais comprometidos com uma nova forma de lidar com conhecimentos específicos, capazes de articulá-los com a rede de saberes, envolvidos no sistema de saúde”²⁹⁽⁴⁰⁴⁾.

Entretanto, nenhuma ação interdisciplinar se realiza sem a existência de ambientes que favoreçam o encontro entre diferentes profissionais. Os CAPS são retratos de espaços dessa coexistência pretendida e, provavelmente por isso, foram frequentemente citados nos estudos selecionados. São eles a principal estratégia brasileira para a superação de um modelo asilar de cuidado em saúde mental, em favor de uma assistência cidadã, comunitária e territorializada; facilitadores da aproximação de saberes, em direção à interdisciplinaridade no cuidado³⁰. Assim, é razoável afirmar que as características das políticas públicas de saúde mental intervêm na forma como o cuidado é planejado e executado, o que confere ao Estado e aos gestores poder de favorecer ou dificultar a tarefa interdisciplinar.

Parece haver, como necessidade imanente à operação do trabalho interdisciplinar, a disposição para comunicar conhecimentos e para articular, de modo constante, saberes. Contudo, para que profissionais expressem, combinem e discutam suas posições e diferenças,

espaços devem ser formados e mantidos como parte da agenda de serviços e, neste ensejo, as reuniões de equipe emergem como importante ferramenta. A efetivação de reuniões de equipe envolve alguns elementos que foram apontados pelos autores, tais como: a organização de escalas de trabalho, visando à concentração do maior número de profissionais no horário dos encontros; o encurtamento da distância contida no diálogo disciplinar, representado no desafio de propor uma comunicação horizontalizada e; o compromisso de gestores na defesa dos espaços para reuniões. Os vínculos de trabalho temporários, inclusive de gestores que ocupam cargos comissionados, dificultam a realização interdisciplinar que, com rigor, exige uma equipe comprometida longitudinalmente com o território em que está inscrita, e capaz de nele se fixar por longos períodos³¹.

Atitudes de educação permanente são essenciais para que trabalhadores da saúde revisem as próprias práticas e transcendam suas disciplinas específicas, alcançando a atitude interdisciplinar, capaz de ampliar caminhos de compreensão dos sujeitos para além da oposição entre biológico e social, em favor da integralidade³². A formação profissional para a atuação interdisciplinar – dada como educação permanente ou como parte do currículo pedagógico de programas de graduação – retrata o caráter complexo da construção desse tipo de atitude, que não pode ser realizada pelo simples oferecimento de diretrizes ou procedimentos, restritos a um ambiente de trabalho e a seus atores, mas que alcança os trabalhadores durante e depois do seu processo de profissionalização. Ressalta-se aqui o papel dos gestores na mediação da comunicação da equipe e na formação permanente dos cuidadores como fundamental para a operacionalização de práticas interdisciplinares de atenção à saúde mental.

Nos estudos analisados, pode-se apurar que os protagonistas do cuidado interdisciplinar advinham, majoritariamente, de algumas áreas de formação: psiquiatria, psicologia, assistência social e enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem). Assunta-se que a frequência dessas profissões, nessa atribuição, deva-se a, no Brasil, serem as categorias profissionais previstas na composição das equipes mínimas dos CAPS³³. Essa constatação indica o fundamental papel do Estado e da gestão pública na previsão de contratação de diversos profissionais, de diferentes campos disciplinares, na rede de atenção à saúde mental.

No âmago do fazer interdisciplinar, está a integração horizontalizada entre os agentes de cuidado, tal como a disposição em combinar – e não em isolar – conhecimentos. Esta tarefa implica o desafio de coordenar, simultaneamente, aquilo que é específico de um campo disciplinar ou profissão, e aquilo que é mais geral. As especificidades podem ser

compreendidas pelo conceito de núcleos de saberes – um grupo de conhecimentos que garante a uma profissão sua identidade, determina suas práticas e compreende, concretamente, a conformidade sobre a produção de valores de uso; enquanto as generalidades ligam-se ao conceito de campo de saberes – um espaço de limites pouco precisos, sobre o qual disciplinas podem se relacionar e se comunicar, auxiliando-se mutuamente em suas demandas³⁴.

A proposta é de um trabalho interdisciplinar que não pretende abolir as especificidades dos vários profissionais; eles continuam a realizar as ações que lhes são próprias, mas também executam aquelas que são comuns, valorizando-se aí a utilização de diferentes técnicas e a integração de diferentes saberes³⁵⁽³⁵⁶⁾.

Deste modo, o reconhecimento de que práticas podem ser específicas de um núcleo de saber ou profissão, não impossibilita o ato interdisciplinar. Pelo contrário, se levadas ao espaço do campo de saberes, podem somar ao compartilhamento de conhecimentos.

Em relação ao conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental, a maioria das publicações não trouxe demarcações teóricas capazes de diferenciá-lo de ideias como multiprofissionalidade ou multidisciplinaridade. A ocorrência de múltiplos profissionais com formações diferentes é constituinte da atuação interdisciplinar, mas, em si, não a representa. Os modos como esses atores se relacionam e investem seus conhecimentos é o que determina a atitude interdisciplinar. No excerto seguinte, pode-se notar algumas dessas impressões:

Em termos gerais, estas práticas consistem em encontros interdisciplinares entre profissionais que trabalham nos serviços de saúde mental (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e outros) e profissionais que trabalham nos postos de saúde da rede básica (médico, enfermeiro, agente comunitário e outros) para que os primeiros auxiliem os segundos, principalmente a respeito da avaliação e do atendimento de casos que precisam de atenção em saúde mental, com o intuito de que possam acolher e acompanhar alguns casos que talvez não necessitem de atenção especializada.³⁶⁽²³⁷⁸⁾

O apoio matricial traduz a iniciativa de reunir diferentes profissionais, e níveis de atenção em saúde, em uma atividade interdisciplinar legítima. Guiado por uma lógica construtivista, considera que o cenário de práticas em saúde é dinâmico e constantemente ressignificado pelas relações entre atores que o ocupam, e que é da integração horizontal entre sujeitos e saberes que nascem propostas para transformação da produção de cuidado³⁷. O apoio matricial em saúde mental pode ser realizado em qualquer espaço em que trabalhadores de atenção primária e especializada compartilhem saberes, porém são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) as principais estruturas pensadas para o desenvolvimento desta prática. A qualificação do cuidado, a partir do apoio matricial, acontece de diferentes formas: pela discussão de casos, compartilhamento de experiências clínicas, construção de projetos

terapêuticos, educação permanente, visitas domiciliares, ações territoriais e reflexão sobre processos de trabalho. Deste modo, assimilam-se, no vasto espaço dos campos de saberes, conhecimentos capazes de ampliar a compreensão sobre indivíduos, coletividades e seus sofrimentos, e de transformar práticas de cuidado em direção à integralidade³⁸.

A tarefa de caracterizar a atividade interdisciplinar empenhada nas práticas de cuidado em saúde mental perpassa, indubitavelmente, a visitação teórica daquilo que, em vasto aspecto, compreende-se por interdisciplinaridade, mas não se esgota aí. Penetrar o plano material em que serviços de atitudes se estruturam, estudar as conjecturas que permitem ou impedem a ligação entre profissionais e saberes, conhecer determinantes políticos e operacionais do trabalho em saúde, consultar profissionais e usuários a respeito de suas necessidades e expectativas é parte fundamental do desafio de assimilar os sentidos da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental.

Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: um conceito em suspensão?

A escassez de publicações que tratem da interface entre interdisciplinaridade e práticas de cuidado saúde mental e, dentre as que abordam a relação, a carência de discussões teóricas sobre o que ela – a interdisciplinaridade – representa neste cenário de cuidado, apontam para um esvaziamento conceitual do tema. Esse esvaziamento pode se relacionar à conduta biologistica e objetivante das pesquisas em saúde, frequentemente dirigidas à investigação de fenômenos orgânicos e suas relações de causa e efeito e, ao esgotamento de espaços que ofereçam possibilidades para que atores de cuidado reflitam sobre seus próprios processos de trabalho.

A consolidação do capitalismo reduziu as práticas de saúde ao fetiche da mercadoria, significando-as pelo uso de novas tecnologias³⁹. Acredita-se que a instrumentalização do trabalho em saúde, a partir do uso de, sempre renovados, aparatos tecnológicos, de instrumentais de estratificação de risco, da checagem de itens diagnósticas, tolham a chance que cuidadores e receptores de cuidado teriam de inclinar-se sobre a complexidade de sua interação e, em conjunto, decidir pelos caminhos dela. Se a atitude interdisciplinar se consolida na prática de atenção exercida – e compartilhada – em um território particular, por sujeitos também particulares, importa notar que ela não se limita este contato. Ela sofre influências econômicas, sociais e culturais mais amplas, e é afetada por um modo de vida capitalista e por suas nuances ligadas à precarização de empregos, mercantilização da saúde, supervalorização da individualidade, e desmonte do Estado.

Observou-se que em 39,5% (n=17) dos estudos que compuseram a amostra final da revisão integrativa de literatura não foram identificadas passagens em que se caracterizasse a interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde mental. A pressuposição superficial de que uma atitude de cuidado é interdisciplinar pode conter equívocos, sobretudo por não haver um consenso a respeito do que, de fato, a interdisciplinaridade é⁴⁰. Explorá-la conceitualmente, em múltiplos cenários, é tarefa útil para compreendê-la em essência e particularidades, para que se assimile o que fundamentalmente ela significa, e para que se reconheçam possibilidade para sua aplicação. É acessando variados modos de interpretá-la que se amplia o entendimento sobre seus significados e suas influências sobre a prática⁴¹.

Ainda que o conhecimento a respeito da soma de disciplinas venha ganhando espaço nas pesquisas e produções acadêmicas e apontando para novas formas de integrar saberes, ele esteve condenado ao ostracismo pela influência positivista⁴². O positivismo ocupa-se da delimitação de objetos, da ideia de dividir as partes para se compreender o todo e, assim, do escrutínio de seus temas de estudos. A interdisciplinaridade, como ofício de cuidado, traz consigo profundas ruturas a respeito de quem é seu objeto – ou os seus objetos – de intervenção. Pela perspectiva interdisciplinar, o foco de atenção já não é mais aquele sistematizado e delimitado por uma única área, ele surge e é redefinido pela intersecção de vários saberes⁴³. Na saúde mental, pode-se supor, este objeto passa a não mais ser apenas um cérebro que carece de serotonina ou um corpo que sofreu uma alteração epigenética, e sim um sujeito único e também coletivo, inteiro, temporal, histórico, simbólico e repleto de possibilidades de vida.

Enquanto a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade articulam, de maneira setORIZADA, disciplinas ou especialistas, a interdisciplinaridade propõe, desde o início de seu fazer, que os diferentes contribuintes combinem e pactuem formas de olhar o objeto. Não se trata, portanto, de somar olhares individualizados sobre um tema, mas de dispersar essa individualização a fim de colocar em foco o objeto, um objeto que protagoniza a pesquisa e solicita que seus pesquisadores articulem modos de estudá-lo para além daquelas previamente aprendidas ou formatadas pela prática (uni)disciplinar ou (uni)profissional.

Explorar temas como a interdisciplinaridade, a multi e a transdisciplinaridade, e mesmo complexidade, representa atitude de incomensurável valor dentro do campo da saúde coletiva, e guarda potencial transformador⁴⁴. Consolida-se assim a noção de que o empenho no desvendamento conceitual e teórico do assunto desta pesquisa pode estender-se para além da matéria discursiva e, ao transformar constructos de um campo, impactar a práxis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crescentes demandas relacionadas ao que se chama adoecimento psíquico, assim como a falta de acesso a cuidados em saúde mental, têm exigido de governos e sociedades reflexões e respostas capazes de trazer alternativas que diversifiquem a produção do cuidado, e democratizem-no.

As compreensões sobre a psique não se esgotam pela perspectiva biomédica, objetivante e organicista, mas exigem incursões por planos simbólicos, culturais, econômicos e históricos da vida de sujeitos e coletividades. No campo da saúde mental, a incorporação da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado é capaz de favorecer a exploração da dimensão daquilo que determina o sofrimento, e promover um olhar integral sobre os sujeitos, dirigido à complexidade e transformador do modelo de atenção. Entretanto, o esvaziamento teórico a respeito do que caracteriza a interdisciplinaridade no cenário do trabalho em saúde mental torna difícil sua identificação e realização.

A presença de profissionais com variadas formações é condição essencial para a concretização de práticas interdisciplinares, mas não suficiente. A comunicação horizontalizada entre trabalhadores de uma equipe e a disposição para compartilhar saberes em todo o processo de cuidado é o que predica como interdisciplinar a atenção. Para que isso se faça possível, é necessário que sejam organizadas equipes com variedade de profissionais, que sejam garantidas reuniões para a discussão de projetos terapêuticos, que educação permanente possa ser oferecida aos trabalhadores e que mecanismos de aproximação entre profissionais de diversas formações e níveis de atenção sejam propiciados, como o que ocorre pela lógica do apoio matricial. A insuficiente formação para o trabalho interdisciplinar durante cursos de graduação e a precarização de vínculos empregatícios que, inclusive, leva profissionais a permanecerem menos tempo em seus postos, são empecilhos para a concretização da interdisciplinaridade.

Ampliar a investigação sobre a temática, agregando a ela métodos e saberes diversos, é tarefa fulcral para a assimilação do conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental, e subsídio valioso para a transformação de práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Interdisciplinaridade: uma questão que ultrapassa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 24, n. 2, p. 70-77, abr./jun. 1991.

2. GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE PÚBLICA: UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 1994

3. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Disciplinarity, interdisciplinarity and complexity. Emancipacao*, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 435-442, 12 jul. 2010. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Acesso em: 20 ago. 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/1937-Texto%20do%20artigo-6362-2-10-20110727%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/1937-Texto%20do%20artigo-6362-2-10-20110727%20(4).pdf).

4. BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Psicol. teor. prat.* São Paulo , v. 13, n. 2, p. 195-208, ago. 2011 . Acessos em 07 out. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872011000200015&lng=pt&nrm=iso.

5. ROCHA, Tiago Humberto Rodrigues; PAULA, João Gabriel de; CASTRO, Filipe Caldeira. Laços e histórias: a reforma psiquiátrica e as relações afetivas entre familiares de sujeitos psicóticos. *Revista Vínculo*, São Paulo, p. 95-105, jan./abr. 2021. Acesso em: 22 out. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902021000100013.

6. TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702002000100003>. Acesso em: 11 out. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003.

7. SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, [S.L.], v. 19, p. 1-19, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 22 out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQttP/?format=pdf&lang=pt>.

8. SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? how to do it?. *Einstein (São Paulo)*, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Acesso em: 06 ago. 2020.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lang=pt.

9. GANONG, Lawrence H.. Integrative reviews of nursing research. *Research In Nursing & Health*, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-11, fev. 1987. Wiley..

10. OLIVEIRA, Wanderlei Abadio de; SILVA, Jorge Luiz da; SAMPAIO, Julliane Messias Cordeiro; SILVA, Marta Angélica Iossi. Saúde do escolar: uma revisão integrativa sobre família e bullying.. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 22, n. 5, p. 1553-1564, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.09802015>. Acesso em: 15 maio 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n5/1553-1564/pt>.

11. CAMARGO, Erika Barbosa; PEREIRA, Ana Carolina Esteves da Silva; GLIARDI, Juliana da Motta; PEREIRA, Daniella Rodrigues; PUGA, Maria Eduarda; SILVA, Erica Tatiane da; ELIAS, Flávia Tavares Silva. Judicialização da saúde: onde encontrar respostas e como buscar evidências para melhor instruir processos.. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, [S.L.], v. 6, n. 4, p. 27-40, 28 dez. 2017. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitario*. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i4.410>. Acesso em: 15 maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i4.410>.

12. BOTELHO, Rafael Guimarães; OLIVEIRA, Cristina da Cruz de. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 3, n. 44, p. 501-513, set./dez. 2015. Acesso em: 10 maio 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/edugi/Downloads/1804-Texto%20do%20artigo-10957-4-10-20170913%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/edugi/Downloads/1804-Texto%20do%20artigo-10957-4-10-20170913%20(1).pdf).

13. DECS: Descritores em Ciências da Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Acesso em: 09 set. 2020. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decswebp.htm>.

14. EBSCO INFORMATION SERVICES (Estados Unidos). Pesquisa com Operadores Booleanos. 2018. Acesso em: 09 set. 2020. Disponível em: https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-Operadores-Booleanos?language=en_US#:~:text=Por%20exemplo%2C%20cora%C3%A7%C3%A3o%20AND%20pulm%C3%A3o,ordem%20na%20qual%20ser%C3%A3o%20interpretados.

15. PRISMA: TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-ANALYSES. TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-

ANALYSES. 2021. Acesso em: 02 jul. 2021. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>.

16. URSI, Elisabeth Silva. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Acesso em: 30 jun. 2020. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf.

17. AZEVEDO, Marta Sofia Adães. O ENVELHECIMENTO ATIVO E A QUALIDADE DE VIDA: uma revisão integrativa. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2015. Acesso em: 20 jun. 2021. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20-%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>.

18. BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011. 229 p.

19. DOMICIANO, Tamara Dias; LORENZETTI, Leonir. A EDUCAÇÃO CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE NO CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS DA UFPR LITORAL. Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências (Belo Horizonte), [S.L.], v. 22, p. 1-25, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-21172020210105>. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epcc/a/pbX5cLHd9zKBxMLLFJqXrZN/>.

20. FORTES, Sandra; MENEZES, Alice; ATHIÉ, Karen; CHAZAN, Luiz Fernando; ROCHA, Helio; THIESEN, Joana; RAGONI, Celina; PITHON, Thiago; MACHADO, Angela. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1079-1102, dez. 2014. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2014.v24n4/1079-1102/>.

21. AZEVEDO, Elisângela Braga de; FILHA, Maria de Oliveira Ferreira; SILVA, Priscilla Maria de Castro; FAUSTINO, Elaine Braga; ARARUNA, Mayra Helen Menezes; BARROS, Walnísia Polyanna de Sousa. INTERDISCIPLINARIDADE: fortalecendo a rede de cuidado em saúde mental. Revista de Enfermagem Ufpe, Campina Grande, v. 6, n. 5, p. 962-967, maio 2012. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/7158/6456>.

22. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO (Brasil). Brasil lidera ranking de países com maior quantidade de publicações científicas em acesso aberto. 2018. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://www.upf.br/biblioteca/noticia/brasil-lidera-ranking-de-paises-com-maior-quantidade-de-publicacoes-cientificas-em-acesso-aberto>.

23. SOUZA FILHO, Marcelo José de. O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade. 2017. 110 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Cap. 21. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09082017-100757/publico/MarceloJosedeSouzaeSilva.pdf>.

24. FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Políticas de saúde mental do Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 258-259, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000200001>. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/NgMtWpbWD3hK3Kz3QFmHTHr/?lang=es&format=pdf>.

25. SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; PESSOA JUNIOR, João Mário; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. Revista Gaúcha de Enfermagem, [S.L.], v. 39, p. 1-10, 23 jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57448>. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/hDWkVDdhN5ttTQ3y9qJnQgJ/?lang=pt>.

26. FIUZ, Alessandra Rodrigues; BARROS, Nelson Filice de. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 16, n. 4, p. 2345-2346, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000400034>. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7zsVb7qWPqRgZ6Fzm6k4XFx/>.

27. FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n3/847-852/>.

28. SOUZA, Cinoélia Leal de; ANDRADE, Cristina Setenta. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 19, n. 10, p.

4113-4122, out. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.08992014>. Acesso em: 09 out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n10/4113-4122/pt>.

29. SCHNEIDER, Jacó Fernando; SOUZA, Jemina Prestes; NASI, Cintia; CAMATTA, Marcio Wagner; MACHINESKI, Gicelle Galvan. CONCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 397-405, set. 2009. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23637/000731383.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

30. LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa de. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, Canoas, v. 40, n. 1, p. 87-101, jan./abr. 2013. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a08.pdf>.

31. REIS, Mary Lopes; MEDEIROS, Marcelo; PACHECO, Leonora Rezende; CAIXETA, Camila Cardoso. EVALUATION OF THE MULTIPROFESSIONAL WORK OF THE FAMILY HEALTH SUPPORT CENTER (NASF). *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 1-9, jan. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160002810014>. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/BCqKbCyGPx6GvbTPjmzg47g/abstract/?lang=pt>

32. JORGE, Maria Salete Bessa; SALES, Fabergna Dianny de Almeida; PINTO, Antonio Germane Alves; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, [S.L.], v. 3, p. 221-230, 2010. Fundacao Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2010.p221>. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2019>.

33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Portaria Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Brasil, p. 1-6. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://italorodrigo.com.br/wp-content/uploads/2018/05/Portaria-366-de-19-de-Fevereiro-de-2002-CAPS.pdf>.

34. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000200002>. Acesso em: 23 out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/abstract/?lang=pt>.

35. ROCHA, Ruth Mylius. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 350-357, set. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072005000300005>. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/T4t7F4WhnYwzCtk9vFBCJJv/abstract/?lang=pt>

36. SILVEIRA, Elaine Rosner. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2377-2386, set. 2012. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n9/2377-2386/pt>.

37. PERRONE, Marina Bianco; FIDALGO, Thiago Marques. Matriciamento: uma experiência ambulatorial. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, São Paulo, v. 01, n. 17, p. 1-6, jan./mar. 2021. Acesso em: 24 out. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v17n1/v17n1a05.pdf>

38. FAGUNDES, Giselle Soares; CAMPOS, Monica Rodrigues; FORTES, Sandra Lúcia Correia Lima. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 26, n. 6, p. 2311-2322, jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019>. Acesso em: 24 out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/McmFdYbq6pRgTMqJXtzVfbP/?lang=pt>.

39. SOUZA, Diego de Oliveira; MENDONÇA, Henrique Pereira Freitas de. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de marx e lukács. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 21, n. 62, p. 543-552, 20 mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0482>. Acesso em: 09 out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21n62/543-552/pt>.

40. ALVES, Railda F.; BRASILEIRO, Maria do Carmo E.; BRITO, Suerde M. de O.. INTERDISCIPLINARIDADE: um conceito em construção. *Episteme*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 139-148, jul./dez. 2004. Acesso em: 19 ago. 2021. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/interdisciplinaridade%20um%20conceito%20em%20construcao.pdf>.

41. PEREZ, Olívia Cristina. O Que é Interdisciplinaridade? Definições mais comuns em Artigos Científicos Brasileiros. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 454-

472, 3 jan. 2019. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/irei.2018.39041>. Acesso em: 19 ago. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/edugi/Downloads/39041-132321-1-PB.pdf>.

42. JAPIASSU, Hamilton. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

43. FURTADO, Juarez Pereira; LAPERRIÈRE, Hélène; SILVA, Rogério Renato. Participação e interdisciplinaridade: uma abordagem inovadora de meta-avaliação. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 38, n. 102, p. 468-481, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140044>. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3xzM3pcDQnDJyGkzRQJhKnQ/?lang=pt>.

44. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Deve-se Definir Transdisciplinaridade? *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 2, n. 1-2, p. 36-38, 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319972102032014>. Acesso em: 24 out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/1997.v2n1-2/36-38/>.

5.2 Artigo: ‘Os sentidos da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental’

OS SENTIDOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

THE MEANINGS OF INTERDISCIPLINARITY AT WORK IN MENTAL HEALTH

RESUMO

Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar a expressão da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental, tendo como marco teórico o campo da saúde coletiva. Foram realizadas, entre os meses de junho e dezembro de 2021, cinco entrevistas não-dirigidas com pessoas que há, pelo menos dez anos, estivessem envolvidas em estudos ou debates a respeito do trabalho em saúde mental e, que manifestassem aproximação teórica com o campo da saúde coletiva. Optou-se por uma amostragem não-probabilística intencional. Os dados foram analisados com base em técnica de análise de conteúdo do tipo temática, com a realização de três etapas sucessivas: pré-análise; exploração do material e; tratamento dos resultados. Identificaram-se 470 unidades de registro, agrupadas em 22 pré-categoriais temáticas, as quais, combinadas, levaram à identificação de 4 categorias temáticas: 1. conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental; 2. operacionalização do trabalho interdisciplinar em saúde mental; 3. possibilidades e limites para a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental e; 4. relação entre saúde coletiva e trabalho interdisciplinar em saúde mental. Considerações finais: constatou-se que o conceito de interdisciplinaridade é dinâmico e não delimitável, porém passível de algumas demarcações teóricas; que ela se expressa no plano concreto do trabalho em saúde mental; carece da ocorrência de profissionais diversos e com habilidades para concatenar saberes; é influenciada por modelos de gestão e pelo paradigma disciplinar; é capaz de produzir novas práticas; que a formação para o trabalho interdisciplinar é necessária para sua ocorrência e; que práticas e debates sobre interdisciplinaridade e cuidado em saúde mental encontram espaço profícuo no campo da saúde coletiva.

Palavras-chave: saúde mental. interdisciplinaridade. saúde pública. saúde coletiva. trabalho em saúde

ABSTRACT

This is an exploratory study with a qualitative approach. The objective is to analyze the expression of interdisciplinarity in mental health care practices, using collective health as a theoretical framework. Between June and December 2021, five non-directed interviews were carried out with people who, for at least ten years, had been publicly involved in studies or debates about work in mental health, and who manifested theoretical approximation with the collective health. An intentional non-probabilistic sampling was chosen. Data were analyzed based on thematic content analysis techniques, following a succession of three steps proposed by Bardin (2011): pre-analysis; exploration of the material and; treatment of results. A total of 470 registration units were identified, which were grouped into 22 thematic pre-categories, which, combined, led to the identification of 4 thematic categories: 1. concept of interdisciplinarity in mental health work; 2. operationalization of interdisciplinary work in mental health; 3. possibilities and limits for carrying out interdisciplinary work in mental health and; 4. relationship between collective health and interdisciplinary work in mental health. Final considerations: it was found that the concept of interdisciplinarity is dynamic and unlimited, but subject to some theoretical demarcations; that it expresses itself in the concrete plan of work in mental health; which lacks the occurrence of diverse professionals with skills to concatenate knowledge; which is influenced by management models and the disciplinary paradigm; that it is capable of producing new practices; what training for interdisciplinary work is necessary for its occurrence and; practices and debates that relate interdisciplinarity and mental health care find a fruitful space in the field of collective health.

Key words: mental health. interdisciplinarity. public health. collective health. health work

1. INTRODUÇÃO

A exploração dos sentidos da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental constitui-se em exercício de investigação teórica e de permanente apreciação da prática. À medida em que só parece possível discutir interdisciplinaridade se alcançamos uma ideia conceitual a seu respeito, é no plano concreto das ações que ela pode, de fato, expressar-se.

Japiassu (1976) assume que não há um significado epistemológico único e estável para interdisciplinaridade, e que a tarefa de a conceituar, afastando ambiguidades, é medida necessária para seu estudo. Numa arena de muitos campos de saberes, Alves, Brasileiro e Brito (2004), apontam que ela, ainda que não consensualmente definida por teóricos, não se funda como proposta de aniquilamento das disciplinas, mas como oportunidade para que se conectem.

Minayo (2010) defende que a atitude interdisciplinar não se apresenta como um método novo, mas como estratégia para que, diante da complexidade de um objeto que não pode ser explicado por uma única disciplina, encontrem-se caminhos de compreensão, interpretação, exploração e síntese entre pessoas e saberes diversos.

A interdisciplinaridade se inscreve, comentam Alvarenga et al. (2011), em um cenário de reflexão crítica a respeito do paradigma hegemônico presidido pela ciência moderna, marcada pelo reducionismo e pela simplificação disciplinar – heranças de constructos positivistas e cartesianos. Esse paradigma atua sobre formas de investigar e agir sobre a realidade. Sob influência do método científico cartesiano, afirmam Junges e Zoboli (2012), busca-se compreender o plano concreto pela separação e escrutínio de suas partes, e não pela visão do seu conjunto, o que leva a concepções reducionistas como, por exemplo, a de que saúde seria a ausência de doença.

Conjunturais sociais, políticas e históricas influenciam a formulação de conceitos de saúde e saúde mental e, nos últimos dois séculos, conforme discute Gaino et al. (2018), a autoridade sobre essas definições tem sido atribuída à medicina e, no caso da saúde mental, à psiquiatria, ainda que muitos saberes devessem estar implicados na tarefa. Para Amarante (1996), a própria psiquiatria surgiu como parte de um projeto tecno-científico da modernidade, pelo qual se pressupunha a sempre existência das doenças da psique, e pelo qual se acreditava que o sujeito epistêmico só poderia conhecer a realidade a partir do distanciamento, da neutralidade e da imparcialidade em relação ao objeto.

Para Severino (1989), pela interdisciplinaridade visa-se ao trabalho prático, à transformação de condições concretas da vida humana a partir da integração de atitudes teóricas e empíricas. Minayo (1994) esclarece que a ação interdisciplinar desponta como uma possibilidade de associar ciência, técnica e política, e intervir sobre objetos complexos – como são os da saúde. Gomes (2010) destaca que a noção de trabalho em saúde é perpassada por inesgotável dinamismo histórico e que, desta forma, não permanece estanque; acrescenta que os planos científico-epistemológico, tecnológico-operatório, assim como as ordens políticas, sociais e culturais, impactam formas de se adjetivar e reconhecer esses trabalhos que correspondem, não a um fenômeno único e definido, mas a múltiplos.

Neste estudo, objetivou-se analisar a expressão da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental, tendo como marco teórico o campo da saúde

coletiva que, para Campos (2000), além de representar um arcabouço teórico, institui-se como um movimento de priorização dialética na compreensão da realidade.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa.

Foram realizadas, entre os meses de junho e dezembro de 2021, cinco entrevistas não-dirigidas com pessoas que, há pelo menos dez anos, estivessem envolvidas em estudos ou debates a respeito do trabalho em saúde mental e, que manifestassem aproximação teórica com o campo da saúde coletiva. Optou-se por uma amostragem não-probabilística intencional, em que a escolha dos participantes decorreu de sua trajetória no campo da saúde mental.

As entrevistas foram realizadas de modo remoto pela plataforma *Microsoft Teams* e, tiveram seu conteúdo audiovisual gravado. Para a condução do encontro, utilizou-se um roteiro de tópicos ligados ao tema principal da pesquisa, voltado a investigar o conceito de interdisciplinaridade nas práticas de cuidado saúde mental, características destas práticas, e relações entre elas e o campo da saúde coletiva. A decisão por interromper a fase exploratória ocorreu por saturação teórica.

Antecedendo a realização de cada entrevista, foram recolhidos na plataforma Lattes – CNPq dados sobre a formação profissional, maior título acadêmico e atuação profissional dos entrevistados. As entrevistas foram identificadas com números que respeitassem a cronologia de execução. Nos textos transcritos, realizaram-se edições necessárias à manutenção do anonimato dos participantes.

As entrevistas foram analisadas com base em técnica de análise de conteúdo do tipo temática. Para a análise de conteúdo, sucederam-se três etapas propostas por Bardin (2011): 1. pré-análise – uma fase flexível, porém definida, em que se objetiva sistematizar e tornar operacionais ideias e hipóteses sobre a pesquisa, nesta etapa é realizada a leitura flutuante dos registros coletados, e definido o *corpus* textual, respeitando-se, critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade; 2. exploração do material – fase em que, definido o *corpus* textual, ele passa a ser explorado com vistas à identificação, organização, sistematização e codificação do conteúdo e; 3. tratamento dos

resultados, a inferência e a interpretação – estágio em que os dados são lidos em profundidade, em que significados são buscados para além da literalidade e em que, da análise minuciosa, surgem inferências e interpretações.

Na fase de pré-análise, as transcrições foram exportadas para o programa Atlas.ti 9. As narrativas foram lidas de modo flutuante, sob orientação dos objetivos da pesquisa, o que foi fundamental para a obtenção de impressões preliminares a respeito de temas e de suas recorrências. Com o auxílio da ferramenta ‘citações’, selecionaram-se trechos vinculados aos objetivos de pesquisa que, seguindo preceitos de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade, passaram a compor o *corpus* textual. Iniciada a fase de exploração, o *corpus* textual foi apreciado com vistas à identificação de unidades de registro. Bardin (2011) explica que tais unidades são elementos de significação, que podem ser melhor entendidas pela análise das frações semânticas às quais pertencem – as unidades de contexto. Identificaram-se 470 unidades de registro, que foram agrupadas em 22 pré-categoriais temáticas, as quais, combinadas, levaram à identificação de 4 categorias temáticas (quadro 1). Categorias temáticas correspondem, de acordo com Bardin (2011), a associações de expressões ou ideias a respeito de um assunto ou tema.

Quadro 1 – Formação de categorias temáticas a partir de pré-categorias temáticas

Pré-categorias temáticas	Código literal	Categorias temáticas
O que é um trabalho interdisciplinar	ETI	1. Conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental
O que não é trabalho interdisciplinar	NTI	
Objetivos do trabalho interdisciplinar	OTI	
Polissemia do termo interdisciplinaridade	PTI	
Espaços de realização do trabalho interdisciplinar	ERI	2. Operacionalização do trabalho interdisciplinar em saúde mental
Rede intersetorial	RIS	
O território	OTR	
Tecnologias para o trabalho interdisciplinar	TTI	
Reuniões de equipe	REE	
Políticas Públicas	PPU	3. Possibilidades e limites para a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental
Gestão desfavorável ao trabalho interdisciplinar	GDI	
Gestão favorável ao trabalho interdisciplinar	GFI	
Efeitos do trabalho interdisciplinar	EFI	
Possibilidades de formação para o trabalho interdisciplinar	PFI	
Limitação na formação para o trabalho interdisciplinar	LFI	
A questão disciplinar e o trabalho	QDT	
Diagnóstico em saúde mental	DSM	

Relações profissionais	RPF	4. Relação entre saúde coletiva e trabalho interdisciplinar em saúde mental
Fragmentação do trabalho	FGT	
O campo da saúde coletiva	CSC	
Reforma psiquiátrica	RPQ	
Reforma sanitária	RSN	

Fonte: elaborado pelos autores

Nesta pesquisa, respeitaram-se as normas da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram garantidos anonimato e sigilo dos participantes e as entrevistas ocorreram mediante apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o CAEE nº 44988721.6.0000.0107.

3. RESULTADOS

A amostra de entrevistados foi composta por 3 mulheres e 2 homens, dos quais 4 eram graduados em medicina – sendo três psiquiatras – e 1 em enfermagem; 4 possuíam como maior título o doutoramento e 1 o pós-doutoramento e; todos exerciam atividades docentes em programas de graduação, de pós-graduação ou, em ambos. O tempo de envolvimento em estudos ou debates a respeito do trabalho em saúde mental variou de 15 a mais de 40 anos. As entrevistas duraram de 34 a 90 minutos, totalizando mais de 330 minutos de conversação.

Foram estabelecidas 4 categorias temáticas, nas quais estiveram agrupadas 22 pré-categoriais temáticas e 470 unidades de registro. A frequência relativa das unidades de registro, por pré-categorias temáticas e por entrevistas, está apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Frequências relativas de pré-categorias

Código da pré-categoria temática	ENTREVISTA Nº 1 Gr*=108	ENTREVISTA Nº 2 Gr*=97	ENTREVISTA Nº 3 Gr*=105	ENTREVISTA Nº 4 Gr*=99	ENTREVISTA Nº 5 Gr*=91	Totais Gr*=470
QDT	0,00%	2,55%	2,34%	0,85%	0,21%	5,96%
DSM	0,43%	2,55%	0,00%	1,28%	0,00%	4,26%
EFI	3,19%	0,85%	2,34%	1,49%	0,64%	8,51%

ERI	1,49%	1,28%	1,92%	0,64%	0,21%	5,53%
FGT	0,00%	0,21%	2,77%	0,00%	0,64%	3,62%
GDI	0,00%	0,00%	1,92%	0,64%	1,49%	4,04%
GFI	0,00%	0,00%	0,43%	0,21%	0,21%	0,85%
LFI	0,21%	0,85%	0,64%	2,55%	1,06%	5,32%
CSC	0,64%	0,43%	0,85%	0,64%	0,85%	3,40%
ETI	2,34%	2,98%	2,13%	1,70%	1,28%	10,43%
NTI	1,28%	0,43%	0,21%	1,28%	0,85%	4,04%
OTR	0,43%	0,85%	0,21%	1,06%	0,21%	2,77%
OTI	1,92%	0,21%	0,43%	0,43%	0,21%	3,19%
PTI	0,00%	1,92%	0,00%	0,21%	0,85%	2,98%
PPU	0,00%	2,55%	1,70%	1,06%	0,00%	5,32%
PFI	0,21%	0,64%	1,92%	2,13%	1,49%	6,38%
RIS	3,19%	0,85%	0,21%	0,43%	0,00%	4,68%
RPQ	0,85%	1,28%	0,00%	0,43%	0,85%	3,40%
RSN	0,64%	0,00%	0,00%	0,21%	0,64%	1,49%
RPF	1,70%	0,00%	0,85%	1,28%	0,64%	4,47%
REE	2,98%	0,00%	0,85%	0,85%	0,21%	4,89%
TTI	1,49%	0,21%	0,64%	1,70%	0,43%	4,47%
Totais	22,98%	20,64%	22,34%	21,06%	12,98%	100,00%

*Gr: número absoluto de unidades de registro

Fonte: elaborado pelos autores

Na categoria 1, 'conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental', são sintetizadas noções a respeito de interdisciplinaridade no contexto das práticas de cuidado em saúde mental, sendo que nela estão concentradas 20,64% (n= 97) das unidades de registro, das quais a maioria 50,52% (n= 49) partiram da pré-categoria ETI. Na categoria 2, 'operacionalização do trabalho interdisciplinar em saúde mental', apresentam-se relações entre pessoas, tecnologias e espaço que podem amparar a prática interdisciplinar, e nela estão concentradas 22,34% (n= 104) das unidades de registro, com predomínio 25% (n=26), das provenientes da pré-categoria ERI. Na categoria 3, "possibilidades e limites para a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental", são contempladas influências de diversos contextos sobre a promoção – ou não – de uma postura interdisciplinar de trabalho, e nela estão concentradas 48,73% (n= 230) das unidades de registro, das quais a maioria advém das pré-categorias EFI, com 17,39 % (n=40), e da PFI, com 13%,04 (n=30). Na categoria 4, 'relação entre saúde coletiva e trabalho interdisciplinar em saúde mental', revelam-se pontos de intersecção entre saúde coletiva e a prática interdisciplinar, nela estão concentradas 8,29% (n= 39) das unidades de registro,

com predomínio das contidas nas pré-categorias CSC e RPQ, ambas com 41,02 % (n=16) das unidades.

3.1 Conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental

Dentre os entrevistados, foi prevalente a noção de interdisciplinaridade como resultado da interação dialógica entre pessoas que, preservando características profissionais, pessoais e do seu campo de conhecimento, são capazes de construir, pelo exercício coletivo, novos olhares.

[...] essa é a ação que o trabalho interdisciplinar faz... com que as diferentes áreas do conhecimento, tanto dentro da saúde quanto intersetoriais, consigam ver as diferentes facetas dessa situação em que o usuário se encontra. (Ana)

As tensões entre campos disciplinares aparecem como processo natural da ação interdisciplinar, e a preservação de saberes específicos como uma prerrogativa para ela. O que determina a interdisciplinaridade não é a ausência ou aniquilamento de disciplinas, mas a aproximação comunicativa estabelecida entre elas, o reconhecimento de pontos de intersecção em que o diálogo se faz possível. Deste modo, a interdisciplinaridade parte do repertório construído pelas disciplinas, e não de um vazio teórico.

Esse é outro ponto que eu acho muito preocupante em algumas propostas que a gente tem visto de interdisciplinaridade, que a interdisciplinaridade pudesse ser atingida com o vazio como ponto de partida. (Marília)

Multiprofissionalidade, multidisciplinaridade, transdisciplinaridade e complexidade foram terminologias citadas como elementos polissêmicos para interdisciplinaridade. As palavras multiprofissionalidade e multidisciplinaridade foram relacionadas ao trabalho realizado por profissionais de diferentes formações, porém de modo não suficientemente conectado para ser chamado de interdisciplinar. Mesmo sob a presença de equipes compostas por profissões diversas, notam-se atividades laborais fragmentárias e predominantemente individuais, circunscritas a fundamentos e práticas determinadas por campos de saber específicos e que, desse modo, não podem ser reconhecidas como atitudes interdisciplinares.

O paciente, ele tem a atenção de todos os profissionais, mas é uma coisa mais direcionada, a partir das práticas individuais. (Ana)

[...] eu acho que a gente precisa ser capaz de trabalhar de modos em que a gente não seja fragmentado, que não fique cada um só no seu quadradinho e achando que consegue ter modelos explicativos e formas de enxergar as coisas que abarquem tudo, que abarquem toda a experiência da pessoa. (Clarice)

À ideia de complexidade, vinculou-se a noção de que, para a assimilação de temas complexos – tais como os ligados aos sujeitos e às subjetividades – são necessários modelos explicativos que transcendam os limites dos núcleos disciplinares. A proposta de transcendência lança-se ao objetivo de encontrar novas respostas para questões contemporâneas, instaladas na realidade das práticas em saúde mental, e não vislumbráveis a partir do paradigma disciplinar.

Por esse motivo, eu falo: a trans ou inter ou complexidade, ou essa ideia da complexidade, ela implica numa relação com o sujeito, e com o sujeito eu não tenho uma ciência exclusiva, e nem uma soma das ciências, eu tenho que construir outras formas de concepção. (Antônio)

Se a gente entender, hoje, que a produção de saúde, antes dos aspectos de prevenção, promoção, reparação, é cada vez mais complexa e cada vez mais sofisticada, é óbvio que nenhum de nós sozinho, dentro do campo da saúde, vai dar conta de conseguir esse grau de ampliação que a clínica exige. Então, para poder ampliar a clínica, para mim é imprescindível pensar no trabalho interdisciplinar. (Marília)

Constatou-se que o trabalho interdisciplinar em saúde mental deve manter vistas ao planejamento contínuo e conjunto do cuidado, que precisa ser oferecido dentro e fora de serviços de saúde, e que preza pela reabilitação em reinserção social dos sujeitos.

3.2 Operacionalização do trabalho interdisciplinar em saúde mental

Obtiveram-se dados ligados àquilo que alicerça a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental, destacando-se a imprescindibilidade das reuniões de equipe. As equipes devem incluir profissionais de diferentes formações, além de haver espaço e tempo institucionalmente previstos e apropriados para que se reúnam. A garantia e qualidade de vínculos empregatícios e a programação de escalas de trabalho que favoreçam o encontro de profissionais e a permanência em suas lotações por longos períodos, possibilitam maior participação em reuniões de equipe.

[...] para mim, uma equipe tem que ter um momento, e isso para mim é um pré-requisito, ela precisa ter um espaço para fazer tudo isso, semanal de preferência. (Ricardo)

Dentre as tecnologias para realização do trabalho interdisciplinar, foram mais frequentemente apontadas o matriciamento em saúde mental e o projeto terapêutico singular. A interconsulta psiquiátrica, a supervisão institucional, as referências e contrarreferências, foram também lembradas. Ao ofício desenvolvido com essas ferramentas, estiveram ligadas ideias de apoio entre pessoas, equipes e setores; de realização de atendimentos conjuntos; de exercício da democracia institucional; de educação permanente e; do debate a respeito da própria interdisciplinaridade.

Então esses princípios: matriciamento, reunião de equipe, discussão horizontal, supervisão, a lógica do apoio, o fazer junto, a discussão de caso, o projeto terapêutico singular, discutir os saberes e poderes. (Ricardo)

Múltiplos espaços foram citados como capazes de alocar um trabalho interdisciplinar, com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Outros como hospitais, ambulatorios, centros de saúde, cooperativas, serviços da atenção primária em saúde, unidade de tratamento intensivo, oficinas laborais, centros de atividades culturais e domicílios foram mencionados. Os entrevistados observaram que operação do trabalho interdisciplinar requer a aproximação do território no qual se inserem aqueles que recebem atenção. Penetrar o território permite a compreensão ampliada do sujeito e de seu contexto de vida, e dá vez para a programação de cuidados que interliguem setores sociais.

Que é essa ideia, ele precisa ir ao território, ir na associação conhecer o líder, conhecer o chefe do bombeiro, o líder da comunidade, ele tem que conhecer o pastor, ele tem que conhecer a professora que tá encaminhando para o CAPS as crianças com TDAH ou com suspeita de TDAH, ele tem que ir lá no conselho tutelar, ele teria que fazer articulações sociais, comunitárias, territoriais. (Antônio)

[...] mas quanto mais perto você está do território das pessoas, mais você consegue ver possibilidades também, e mais você consegue inclusive ajudar para que essas pessoas vão criando as suas redes. (Clarice)

O acesso à rede intersetorial foi abordado como modo de impulsionar o trabalho interdisciplinar e como ferramenta de inclusão, por exemplo, no sistema educacional e no mercado de trabalho. As ações em rede foram vistas como interdisciplinares desde sua origem, já que compreendem a comunicação entre vários setores sociais ainda que, nem sempre, ocorram de modo pacífico.

[...] porque a própria implantação da rede vem de uma prática interdisciplinar. Quer dizer, foi feito um diálogo com todos esses setores a secretaria de saúde, da educação, os conselhos tutelares, a promotoria. (Ana)

Tem um nível que é o trabalho da equipe intrasetorial, digamos assim, a equipe do serviço. Tem um outro nível de dificuldade que o cuidado em rede, pensando a rede de saúde, que já é um quebra pau. (Ricardo)

Os entrevistados apontaram que a ação interdisciplinar em rede deve ir além da conexão entre serviços de saúde, e atingir setores como a cultura, o esporte.

[...] não é serviço, saúde é todo um conjunto de aspectos que diz respeito à vida, defesa da vida, qualidade da vida, nem só uma banalização... esporte é vida, esporte é saúde, segurança. (Antônio)

Fundamentalmente, o trabalho interdisciplinar em saúde mental foi reconhecido como exequível a partir da constituição de equipes com pessoas de múltiplas formações que, com condições de se reunirem periodicamente de modo programado e permanente, pudessem acessar o território para a programação compartilhada de um cuidado integral e continuado.

3.3 Possibilidades e limites para a realização do trabalho interdisciplinar em saúde mental

De acordo com os entrevistados, características ligadas à gestão de serviços estão implicadas na possibilitação ou limitação para o exercício do trabalho interdisciplinar em saúde mental. Gestões horizontalizadas e democráticas, que incluam trabalhadores e usuários em discussões, e capazes de reconhecerem e lidarem com problemas, favorecem-no. Modelos de gestão autoritários e gerencialistas minam as relações interprofissionais e limitam o exercício interdisciplinar.

Se eu não tenho democracia institucional, democracia de lidar com os processos de gestão, eu não tenho equipe. Regimes autoritários, instituições autoritárias não geram equipe, geram é subalternos, súditos, soldados ou sei lá o quê. (Ricardo)

Políticas públicas capazes de instruir relações horizontalizadas e de financiar e dirigir estratégias de aproximação profissional desde a formação acadêmica, e depois dela, foram encaradas como fomentadoras de interdisciplinaridade, tendo sido citadas a Política Nacional de Humanização (PNH) e o programa PET – Saúde.

O paradigma científico contemporâneo apareceu como motivador de práticas fragmentadas, da anulação de saberes ditos não-científicos, como gerador de relações de poder e como barreira para a realização interdisciplinar.

Então, a ciência tem um papel colonizador ao produzir, Boaventura chama de epistemicismos, o assassinato dos saberes populares, dos saberes não científicos, até que a ciência incorpore. [...] fala, então, dessa crítica epistemológica como Frankstein, [...] uma crítica a uma certa concepção de mundo, de vida, da ciência, da capacidade da ciência, desse modelo do dividir para conhecer. Você vai dividindo cabeça, tronco e membros, falange, falanginha, falangeta, depois você descobre um pedacinho e some. (Antônio)

As relações de poder apareceram ligadas à manutenção da fragmentação do trabalho e associadas a uma divisão de classes que outorga ao médico uma posição de superioridade em relação a outros profissionais.

Numa postura como se o saber do outro fosse um saber inferior ou de má qualidade, como se você não tivesse outras formas, inclusive, de produção de saber. Eu acho que esses são pontos que fragmentam. (Clarice)

[...] têm coisas que são da divisão técnica do trabalho, e outras que são da divisão social do trabalho. Por que o médico tem que estar sempre no centro? E, além disso, ele ganha mais? Uma parte é divisão técnica do trabalho, outra parte é divisão social do trabalho. A gente também, trabalhando juntos, poderia questionar um pouco melhor isso. (Marília)

Na interface entre disciplina e poder, está o diagnóstico médico – e psiquiátrico – em saúde mental. Ele é tratado pelos entrevistados como algo que pode comprometer o acolhimento e limitar a participação de outros profissionais e saberes diante do sofrimento. A atenção psicossocial e as comunicações intersetoriais aparecem como alternativa a ação medicalizante.

E a beleza da atenção psicossocial é isso, porque atenção que é psicossocial é uma luta contra o diagnóstico, esse diagnóstico que nos limita. É uma luta para eu ampliar a compreensão do sofrimento, não para negar o sofrimento. Os psiquiatras, eles colocam essa pecha na atenção psicossocial: que é um bando de gente que diz que doença não existe. Não! É um bando de gente que entende o sofrimento em cima de um olhar que é mais amplo do que a doença, e que vai acolher o sofrimento. (Ricardo)

A verticalidade nas relações leva ao afastamento entre trabalhadores e bane a possibilidade de que se comuniquem e se complementem a partir de suas diferentes características pessoais e técnicas.

Constatou-se, nas narrativas, que a fragmentação dos campos disciplinares também se expressa nos cenários de formação acadêmica, em particular na

formação médica. Há poucos espaços previstos dentro das universidades para que profissionais se encontrem, cursem mesmas disciplinas, acerquem seus saberes. Ademais, o caráter tecnicista das formações, especialmente nas ciências médicas, afasta-se do pensamento crítico, da discussão política, humanística, social e filosófica, mantendo luz sobre temas específicos de seus núcleos.

[...] eu vi uma residência de psiquiatra de São Paulo, o cara não tinha uma discussão sobre epidemiologia, epistemologia, saúde e sociedade, ciências sociais e humanas. As visões que a sociologia tem, Friedman, tantos autores escreveram sobre a medicina... será que não é importante o que sociólogos, antropólogos, filósofos, Foucault, escreveram? (Antônio)

Os entrevistados sinalizaram que construir cenários em que estudantes de diferentes cursos de graduação pudessem se encontrar, para atividades práticas e teóricas, contribuiria com a formação de profissionais comprometidos com o trabalho interdisciplinar já que, concretamente, experimentariam de modo ativo discussões e atitudes interdisciplinares durante o processo formativo. Entretanto, essa proposta não deve ser substitutiva aos encontros específicos de cada núcleo de saber.

[...] nós é que estamos falhando de oferecer mais essas oportunidades, de diversificar os cenários de prática, de poder pensar algumas disciplinas, alguns seminários conjuntos que iriam permitindo, ao longo da graduação, sensibilizar para esse tema da interdisciplinaridade. [...] E também eles podem ter um espaço que é específico, porque, às vezes, a gente também erra nisso, sabe? [...] Porque tem um conteúdo que é do campo, e aí estamos todos juntos em uma supervisão semanal, mas tem algumas coisas que os enfermeiros têm que aprender, os psicólogos têm que aprender outras, os TOs têm que aprender outras. (Marília)

Apreende-se das narrativas que o exercício interdisciplinar gera possibilidades de ampliação da clínica, de materialização de novas formas e relação de trabalho, de enriquecimento teórico e incrementa a qualidade do cuidado.

3.4 Relação entre saúde coletiva e trabalho interdisciplinar em saúde mental

A saúde coletiva foi discutida como um campo crítico dirigido à transformação não apenas de serviços de saúde, mas da própria sociedade. Fortemente ligada à compreensão da realidade a partir de seu plano concreto, ela foi apontada como promotora de práticas interdisciplinares. Equipes de Estratégia da Saúde da Família

(ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram mencionados como arranjos que, concebidos sob o bojo do campo, desenvolvem trabalho interdisciplinar.

Acho que é a saúde coletiva que tenta trazer essa questão, inclusive apoiando interdisciplinaridade, tentando mudar, do ponto de vista da prática, de prática mesmo. [...] é a área que tenta proporcionar isso, tenta chamar atenção, inclusive, para formas de trabalho, modos de trabalho. (Clarice)

A reforma sanitária brasileira, movimento afiliado aos ideários da saúde coletiva, foi lembrada em associação à reforma psiquiátrica, sua contemporânea. Ambas ocuparam o tempo em que se lutava pelo fim da ditadura e redemocratização do Brasil, e aspiravam a transformações, a rupturas nos modos de se conceber a doença e de se produzir cuidado, e visavam à transformação social.

Então, sempre houve um imbricamento entre saúde coletiva e saúde mental, porque a reforma sanitária brasileira caminhou junto com a reforma psiquiátrica. Foram dois movimentos que lutaram contra a ditadura. (Ricardo)

Lograram-se, nas entrevistas, impressões de que o campo da saúde coletiva, por sua natureza crítica e interdisciplinar, configura-se como espaço fértil para o desenvolvimento de discussões e práticas que relacionem interdisciplinaridade e cuidados em saúde mental.

4. DISCUSSÃO

A tarefa de pesquisar interdisciplinaridade implica um exercício de efeito não puramente teórico, mas fundamental para a transformação da prática. Estudá-la em cenários específicos, tais como o do trabalho em saúde mental, pode levar a conclusões contextualizadas a respeito de suas características, revelar condições de operacionalidade e, colocar em perspectiva possibilidades e limites para sua realização.

A polissemia intrínseca à palavra interdisciplinaridade costuma gerar um desconforto epistêmico. Para Japiassu (1976), termos vizinhos a ela como ‘disciplinaridade’, ‘multidisciplinaridade’, ‘pluridisciplinaridade’ e ‘transdisciplinaridade’ confundem-se conceitualmente e, para que se possa destacá-la deles, faz-se essencial reconhecer a noção de ‘disciplinaridade’. Foucault (2008) esclarece que o

modelo disciplinar carrega em si o anseio de produzir verdades, e gera relações de poder que exprimem comandos e comandados. No oposto do ato disciplinar está o interdisciplinar, pelo qual pretende-se a comunicação horizontalizada entre saberes, destituída de tratos hierárquicos e autoritários.

Para Pombo (1993) a interdisciplinaridade carrega o contínuo exercício de integração disciplinar, pelo qual almeja-se a confluência de pontos de vista diferentes em uma síntese. Em essência, uma realização interdisciplinar requer a participação de profissionais de diferentes formações e saberes, mas não como condição suficiente. Em outras palavras, pode-se dizer que a interdisciplinaridade inclui a multiprofissionalidade, a pluridisciplinaridade e a multidisciplinaridade, entretanto enquanto estas criam sistemas de simples justaposição de profissionais e disciplinas, aquela intercepta, liga e coordena conhecimentos e pessoas diferentes. Já a transdisciplinaridade e a teoria complexidade compõe-se da ação interdisciplinar, à medida em que elevam a graus máximos a articulação entre saberes, com vistas ao estudo de questões que, em pressuposto, não podem ser esgotadas por um campo disciplinar exclusivo. Para Iribarry (2003), a transdisciplinaridade vai além da conexão entre disciplinas, ela alcança a unificação entre os sujeitos e os objetos de estudos, conservando suas diferenças. Pela teoria da complexidade, comenta Silva (2011), presume-se que diversas forças se influenciam mutuamente, a todo o momento, e que qualquer exercício de compreensão da realidade encerra a necessidade de ligação de várias áreas, sob um olhar crítico.

A pluralidade conceitual a respeito da interdisciplinaridade, junto da complexidade concreta contida na execução do trabalho interdisciplinar, são pontos de fundamental interesse para a compreensão e aplicação de práticas de cuidado interdisciplinares em saúde mental.

A conceituação de interdisciplinaridade será sempre uma tarefa inacabada, mas nem por isso de pouco valor. O dinamismo imbricado ao conceito é representativo das experiências particulares daqueles que a assumem em suas práticas. Dessa maneira, as formulações e reformulações a respeito do conceito precisam tocar o contexto daqueles que, em suas realidades, estudam, exercem ou observam-na. Para Leis (2005), a interdisciplinaridade se manifesta nas facetas de trabalhos singularizados e não em paradigmas consagrados e, conceituá-la de modo absoluto não seria, senão, abordá-la de modo disciplinar. O campo da saúde

mental, ao tratar de sujeitos e subjetividades, estrutura-se como cena particularmente profícua para o exercício interdisciplinar.

Se, por um lado, a definição de interdisciplinaridade é mutável, por outro deve-se ter claro que, no trabalho em saúde mental, ela não coaduna com: o autoritarismo e verticalização das relações; a atitude laboral fragmentada; a inabilidade em conectar campos disciplinares diferentes e; com a indisposição para pensamento crítico.

Em alguma medida, as relações de poder entre trabalhadores e profissões se manifestam em espaços específicos de prática, mas, em outra, são expressão da organização econômica global que, pela égide do capitalismo, cria sistemas de exploração baseados no autoritarismo, na exploração entre partes, na geração de lucro e na mercantilização. Para Sancho, Pfeiffer e Corrêa (2019), a formação ideológica neoliberal, associada ao modo de produção capitalista e às necessidades mercantis da indústria farmacêutica, direciona as práticas em saúde ao atendimento médico do tipo 'queixa-conduta', restrito à identificação pontual de doenças e prescrição de medicamentos. Freitas e Amarante (2015) comentam que a clínica psiquiátrica tem, em alinhamento com a indústria farmacêutica, cada vez mais, ligado vivências humanas ao discurso biomédico e, assim, criado diagnósticos que, supostamente, representariam doenças mentais de base orgânica, passíveis de intervenções centradas no uso de psicofármacos.

A construção social que destina ao médico o poder de determinar diagnóstico e tratamento mina, em diversos espaços, a possibilidade interdisciplinar, à medida em que se subjugam outros saberes, práticas e modos de se conceber o processo saúde-doença.

As possibilidades e limitações para o exercício interdisciplinar são percorridas por influência políticas, de gestão, de formação acadêmica e profissional. A estrutura disciplinar em que universidades se forjam desfavorece que a interdisciplinaridade seja experimentada e assome-se ao repertório de práticas dos estudantes. Ações que favoreçam esses encontros podem ser tomadas em nível institucional, mas também buscadas como parte de políticas governamentais para a educação. A formação para o trabalho interdisciplinar não deve se restringir a meios acadêmicos, mas alcançar os profissionais em seu espaço de trabalho, de modo que sejam atendidos em suas demandas. Ademais, devem ser ofertadas de modo contínuo e sistemático.

Ferramentas como o apoio matricial, a supervisão clínica, a interconsulta e a educação permanente podem representar, no campo da saúde mental, estratégias duplamente interessantes para a realização interdisciplinar do trabalho: ao passo em que são capazes de oferecer apoio pedagógico a equipes, sob matrizes dialógicas que envolvem a concatenação entre disciplinas e; que instruem novas práticas em saúde dirigidas a alcançar usuários em seus territórios.

Uma importante característica para tecnologias produtoras de cuidados interdisciplinares em saúde mental é que sejam capazes de aproximar, mais que disciplinas, pessoas e equipes. Cunha e Campos (2011) comentam que, pelo apoio matricial, equipes de atenção primária em saúde e equipes de especializadas se acercam de modo interativo e dinâmico, modificando a gestão do trabalho em saúde a favor de ampliar os cenários de prática. Essas aproximações requerem que saberes se interpenetrem de maneira dialética, mas de modo a não desintegrarem suas individualidades. Para a compreensão desta atitude de conectar-se sem desintegrar-se, vale visitar os conceitos de núcleo e de campo de saber. Campos (2000) dita que um 'núcleo de saber' representa uma circunscrição precisa dentro da qual estão contidos conhecimentos e práticas próprios de uma profissão, enquanto o campo de saber simbolizaria bordas imprecisas dessa mesma profissão, sobre as quais outras bases teóricas, e disciplinas, podem se apoiar. Deste modo, o fenômeno interdisciplinar se desenvolve sobre a área dos campos de saber, sem que haja riscos de desintegração de núcleos de saber.

Para a operação do trabalho interdisciplinar em saúde mental, deve-se considerar, como palco principal, o território. Furtado et al. (2016) discutem que ele não pode ser balizado por fronteiras geográficas, e tampouco reduzido à concepção de que é, exclusivamente, arena para realização de reabilitação e reinserção social, haja vista conter relações sociais de poder, de disputas, e de contradições que impactam a vida cotidiana dos sujeitos do cuidado. O acesso à rede de atenção psicossocial, a serviços de educação, esporte e cultura faz-se tão necessário para uma construção interdisciplinar de cuidado quanto a aproximação de campos que debatam modelos globais de economia, trabalho e vida.

Ainda que a política nacional de saúde mental brasileira tenha ganhado, desde a década de 1980, lugar de destaque global como estratégia de substituição da institucionalização manicomial em direção ao cuidado de base comunitária e à garantia de direitos humanos, ela tem passado por mudanças e gerado dúvidas a

respeito de seu rumo, comenta Almeida (2019). Para Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), a nota técnica 11/2019, última publicada pelo Ministério da Saúde Brasileiro a respeito da política nacional de saúde mental, representa retrocesso às conquistas da reforma psiquiátrica, à medida em que prevê aumento no financiamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, previsões que podem ocasionar migração de recursos destinados a práticas comunitárias de cuidado em saúde mental para estabelecimentos fechados. Assim, coloca-se em xeque uma das principais bandeiras históricas da reforma psiquiátrica: a desinstitucionalização. O conceito de desinstitucionalização, discutem Nascimento e Silva (2020), supera a ideia de desospitalização ao requerer, mais do que o fechamento de manicômios, contínuos esforços para o aumento dos graus de contratualidade social e de ação intersetorial. Logo, políticas que ampliem a fundação e acesso a instituições de caráter hospitalar, e que as ressignifiquem como principal espaço de cuidado, serão favoráveis a práticas disciplinares e autoritárias em saúde, em contraponto ao que se esperaria da atenção de base comunitária.

A pluralidade de pessoas, profissões, ideias e visões contidas na intersetorialidade e no próprio corpo social representam a diversidade fundamental para o exercício interdisciplinar. Discutir criticamente a operação de cuidados à saúde, no amplo do plano territorial, é um desafio assumido pela saúde coletiva que, comenta Paim (2010), é um campo de natureza interdisciplinar, erigido pela crítica a modelos sociais e sanitários. Queiroz e Delamuta (2011) acrescentam que o trabalho de uma clínica interdisciplinar ampliada favorece a desmedicalização dos indivíduos, a desospitalização e o convívio social cidadão, além de colocar a doença sob a mirada do conjunto de uma equipe que deliberará coletivamente sobre as tecnologias terapêuticas mais apropriadas, as quais podem ser adaptáveis e provisórias. Assim, o campo da saúde coletiva oferece lugar teórico e concreto para que as práticas de cuidado em saúde mental sejam pensadas e experimentadas de modo crítico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interdisciplinaridade se expressa nas práticas de cuidado em saúde mental como exercício dinâmico e instaurado no plano concreto do trabalho, voltada à

mitigação de relações autoritárias e hierárquicas entre pessoas, profissões e disciplinas, implicada na construção de novos olhares a partir da concatenação de saberes, dirigida à superação do modelo biomédico hegemônico. Em termos operacionais, requer a garantia de espaços adequados para que trabalhadores e equipes se encontrem e desempenhem de modo permanente sua função de compartilhamento, síntese e planejamento e, fecunda-se da formação para o trabalho interdisciplinar, que deve permear propostas pedagógicas dentro e fora das universidades. A saúde coletiva, como campo crítico e dirigido à investigação social e à transformação da realidade, fornece espaço fértil para que discussões e práticas interdisciplinares ligadas ao cuidado em saúde mental sejam desenvolvidas. Como limitação principal deste estudo, aponta-se a representatividade específica do grupo de entrevistados, de modo que o acesso a outros coletivos, como o de trabalhadores e usuários de serviços de saúde mental, poderia redimensionar a compreensão sobre o tema. Considera-se também que a introdução de outras abordagens e procedimentos metodológicos poderão agregar rigor a novas investigações sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-6, out. 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n11/e00129519/pt>. Acesso em: 05 mar. 2021.
- ALVARENGA, Augusta Thereza de; PHILIPPI JUNIOR, Arlindo; SOMMERMAN, Américo; ALVAREZ, Aparecida Magali de Souza; FERNANDES, Valdir. Histórico, fundamentos filosóficos e teórico-metodológicos da interdisciplinaridade. In: PHILIPPI JUNIOR, Arlindo; SILVA NETO, Antônio J.. **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação**. Barueri: Manole, 2011. p. 3-98
- ALVES, Railda F.; BRASILEIRO, Maria do Carmo E.; BRITO, Suerde M. de O. INTERDISCIPLINARIDADE: um conceito em construção. **Episteme**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 139-148, jul./dez. 2004. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/interdisciplinaridade%20um%20conceito%20em%20construcao.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 141 p. Disponível em:

<http://books.scielo.org/id/prmpv/pdf/amarante-9788575413272.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2020.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 205 p.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2020.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-20, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&msckid=09c0d1cea62d11ecaf613e33133a7852>. Acesso em: 10 mar. 2022.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JFWjx7YnMz7mcDjFNDpxRcc/?lang=pt>. Acesso em: 05 dez. 2021.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **MEDICALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 148 p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**: nascimento da prisão. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 288 p.

FURTADO, Juarez Pereira; ODA, Wagner Yoshizaki; BORYSOW, Igor da Costa; KAPP, Silke. A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-15, out. 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n9/e00059116/>. Acesso em: 10 dez. 2021.

GAINO, Loraine Vivian; SOUZA, Jacqueline de; CIRINEU, Cleber Tiago; TULIMOSKY, Talissa Daniele. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo*. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 108-116, abr./jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007. Acesso em: 08 dez. 2021

GOMES, Rogério Miranda. **Trabalho médico e alienação**: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde. 2010. 815 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Programa de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo,

São Paulo, 2010. Cap. 2. Disponível em:
<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-04112010-112608/publico/RogérioMirandaGomes.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2021

IRIBARRY, Isac Nikos. Aproximações sobre a Transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 483-490, mar. 2003. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/prc/a/D4YgwJqvQh495Lgd6JGSHLz/?format=pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 221 p.

JUNGES, Jose Roque; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 1049-1060, 05 dez. 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/FFTznbzGDRYXV7MBRDfKJLy/>. Acesso em: 05 dez. 2021.

LEIS, Héctor Ricardo. SOBRE O CONCEITO DE INTERDISCIPLINARIDADE. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 73, n. 1, p. 1-23, ago. 2005. Disponível em:
https://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1181318845890_1252767148_7539/CadPesIDCieHum_2005_73_1.pdf. Acesso em: 002 dez. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Disciplinarity, interdisciplinarity and complexity. Emancipacao*, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 435-442, 12 jul. 2010. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/1937-Texto%20do%20artigo-6362-2-10-20110727%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/1937-Texto%20do%20artigo-6362-2-10-20110727%20(4).pdf). Acesso em: 20 ago. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 42-63, dez. 1994. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/1994.v3n2/42-63/>. Acesso em: 24 ago. 2020

NASCIMENTO, Milene Santiago; SILVA, Martinho Braga Batista e. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 44, p. 33-44, out. 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ptmHvXnGh4JBgr5CYdDYgMt/?format=pdf&msckid=38a45e18a63011ec84e71b67df7ae10d>. Acesso em: 01 mar. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: Edufba, 2006. 154 p.

POMBO, Olga. Interdisciplinaridade: conceito, problemas e perspectivas. In: POMBO, Olga;

GUIMARÃES, Henrique M.; LEVY, Teresa. **Interdisciplinaridade**: reflexão e experiência. Lisboa: Texto Editora, 1993. p. 8-14. Disponível em: <https://webpages.ciencias.ulisboa.pt/~ommartins/mathesis/interdisciplinaridade.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2021.

QUEIROZ, Marcos de Souza; DELAMUTA, Leny Aparecida. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "cândido ferreira" em campinas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 16, n. 8, p. 3603-3612, ago. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n8/3603-3612/pt>. Acesso em: 05 nov. 2020.

SANCHO, Karla Amorim; PFEIFFER, Claudia Regina Castellanos; CORRÊA, Carlos Roberto Silveira. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta: redes de significação em jogo. **Interface**: comunicação, saúde, educação, [s. l.], v. 23, p. 1-13, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DhpVRrjfpGvLxmx7LJmCtrv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2022.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, Janete Liasch Martins de (org.). **Serviço Social e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 1989. Cap. 2. p. 11-20.

SILVA, Bruno Pedroso Lima. A teoria da complexidade e o seu princípio educativo: as ideias educacionais de edgar morin. **Polyphonía**, Goiânia, v. 22, n. 2, p. 241-254, jun./dez. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/sv/article/view/26682/15277>. Acesso em: 05 dez. 2021.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A combinação de procedimentos metodológicos, representada neste estudo pelo desenvolvimento de uma revisão integrativa de literatura e pela realização de entrevistas não-dirigidas, permitiu ampliar a compreensão a respeito da expressão da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental.

A pluralidade conceitual a respeito da interdisciplinaridade, junto da complexidade concreta contida na execução do trabalho interdisciplinar, são pontos de fundamental interesse para a compreensão e aplicação de práticas de cuidado interdisciplinares em saúde mental. O conceito de interdisciplinaridade, nestas práticas, surge como dinâmico e não delimitável, mas passível de algumas demarcações teóricas. A atitude interdisciplinar envolve a participação de pessoas e saberes diferentes que, em um exercício dialógico, compartilham seus repertórios na função de inovar olhares e alcançar possibilidades para compreender os sujeitos em seus contextos concretos de vida, e empreender práticas transformadoras.

A interdisciplinaridade manifesta-se no plano material da ação e, com mirada sobre ele, investigações conceituais a respeito do tema devem ser conduzidas. Ainda que uma noção de interdisciplinaridade não possa ser atingida de modo definitivo, explorá-la continuamente permite alcançar informações relevantes sobre como as sociedades, as relações de trabalho e os modelos de atenção em saúde mental se estruturam. A saúde coletiva, como campo crítico e dirigido ao estudo social e à transformação da realidade, fornece espaço fértil para que discussões e práticas de cuidado em saúde mental sejam desenvolvidas e, não por acaso, esteve ligada ao movimento da reforma psiquiátrica brasileira que, em essência, visava à transformação social e à incorporação de práticas contra-hegemônicas de cuidado, instaladas na comunidade e garantidoras de liberdade e cidadania.

O paradigma disciplinar, reproduzido pelo modelo biomédico e engendrado pela ciência contemporânea, produz fragmentações nos processos de cuidado em saúde mental, e representa impasse à operação interdisciplinar. As disciplinas, no entanto, não são barreiras para ela – a formação de núcleos de saber bem

sedimentados pode, inclusive, permitir que um encontro entre áreas se torne bastante rico. Sob essa lógica, pode-se afirmar que a interdisciplinaridade é determinada não pela desintegração de disciplinas, mas pelo empreendimento dialético de conectá-las sobre campos convergentes.

Relações hierárquicas parecem desfavorecer a realização interdisciplinar. Governos e gestões autoritárias, contatos verticais de poder, divisão social do trabalho, e o próprio paradigma disciplinar enfraquecem-na. Em alguma medida, as relações de poder entre trabalhadores e profissões se manifestam em espaços específicos de prática, mas, em outra, são expressão da organização econômica global que, pela égide do capitalismo, cria sistemas de exploração baseados no autoritarismo, na exploração entre partes, na geração de lucro, na mercantilização e, na área da saúde, impulsionam atitudes medicalizantes.

A garantia de espaços programados para que equipes de trabalhadores se encontrem de modo frequente e permanente, o manuseio de ferramentas integradoras como o apoio matricial, a interconsulta, a supervisão institucional e o projeto terapêutico singular, a produção de políticas públicas que assegurem contratação permanente e qualidade de vínculo empregatício a profissionais de diversas formações, assim como a educação para o trabalho interdisciplinar, dentro e fora de universidades, constituem atitudes favoráveis à interdisciplinaridade.

Constatou-se, nesta pesquisa, que a expressão da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental encerra, fundamentalmente, a intenção de produção de novos saberes e relações entre disciplinas e pessoas, em um esforço constante de crítica à experiência concreta.

Como limitação principal do estudo, aponta-se a representatividade específica do grupo de entrevistados, de modo que o acesso a outros coletivos, como o de trabalhadores e usuários de serviços de saúde mental, poderia redimensionar a compreensão sobre o tema. Considera-se também que a introdução de outras abordagens e procedimentos metodológicas poderão agregar rigor a novas investigações sobre o assunto.

REFERÊNCIAS GERAIS

AFONSO, Maria Lúcia Miranda; FADUL, Fabiana Meijon. O trabalho com grupos no PAIF: um diálogo interdisciplinar com a oficina de intervenção psicossocial. **Revista Pesquisa e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 10, n. 1, p. 140-154, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v10n1/12.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza C. de; SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0953.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 30-50, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300004&lng=pt&lng=pt. Acesso em: 8 jul. 2020. Acesso em: 07 jul. 2020

ALVES, Railda F.; BRASILEIRO, Maria do Carmo E.; BRITO, Suerde M. de O. INTERDISCIPLINARIDADE: um conceito em construção. **Episteme**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 139-148, jul./dez. 2004. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/interdisciplinaridade%20um%20conceito%20em%20construcao.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 205 p.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 141 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/prmpv/pdf/amarante-9788575413272.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2020.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e orientação psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 109 p.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 2067-2074, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvT4JfLvDF/?lang=pt>. Acesso em: 03 dez. 2021.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 26, p. 251-270, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/LLddHFtPGG3hSCNc5JsxNFh/?lang=pt>. Acesso em: 03 dez. 2021.

ANJOS FILHO, Nilton Correia dos; SOUZA, Ana Maria Portela de. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 21, n. 60, p. 63-76, 25 ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YkCPK8N7DMfyNcG8G63L9MP/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021

ANSARA, Soraia; TAFFARELLO, Ingrid Matzembacher Stocker. O trabalho psicossocial em rede: uma experiência no município de Cajamar. **Revista Pesquisa e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 10, n. 1, p. 101-114, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v10n1/09.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

ARCARI, Janete. Processo de trabalho em saúde. In: MOREIRA, Taís de Campos; ARCARI, Janete Madalena; COUTINHO, Andreia Orjana Ribeiro; DIMER, Josiane Fernandes; STEFFENS, Daniela. **Saúde coletiva**. Porto Alegre: Sagah, 2018. p. 137-151.

AZEVEDO, Elisângela Braga de; FILHA, Maria de Oliveira Ferreira; SILVA, Priscilla Maria de Castro; FAUSTINO, Elaine Braga; ARARUNA, Mayra Helen Menezes; BARROS, Walnísia Polyanna de Sousa. INTERDISCIPLINARIDADE: fortalecendo a rede de cuidado em saúde mental. **Revista de Enfermagem Ufpe**, Campina Grande, v. 6, n. 5, p. 962-967, maio 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/7158/6456>. Acesso em: 14 ago. 2021.

AZEVEDO, Marta Sofia Adães. **O ENVELHECIMENTO ATIVO E A QUALIDADE DE VIDA**: uma revisão integrativa. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2015. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20-%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Deve-se Definir Transdisciplinaridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 2, n. 1-2, p. 36-38, 1997. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WSsfKgLxn33Z4sSQnsQ69rK/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BARROS, José Augusto C.. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saude Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-

84, July 2002 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 ago. 2021.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld; CASTIEL, Luis David. Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se entrecruzam? In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Cap. 5. Paginação irregular. Edição Kindle.

BELOTI, Meyrielle; QUINTANILHA, Bruna C.; TRISTÃO, Kelly G.; R. NETO, Pedro Machado; AVELLAR, Luziane Z.. Percepções sobre o processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. **Temas em Psicologia**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1547-1557, 2017. Associação Brasileira de Psicologia. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000400004. Acesso em: 14 ago. 2021.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n3/575-586/pt>. Acesso em: 15 set. 2020.

BOTELHO, Rafael Guimarães; OLIVEIRA, Cristina da Cruz de. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 3, n. 44, p. 501-513, set./dez. 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/edugi/Downloads/1804-Texto%20do%20artigo-10957-4-10-20170913%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/edugi/Downloads/1804-Texto%20do%20artigo-10957-4-10-20170913%20(1).pdf). Acesso em: 10 maio 2021.

BRANDÃO JUNIOR, Pedro Moacyr Chagas; CANAVÊZ, Fernanda; RAMOS, Patricio Lemos. Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 21, n. 62, p. 699-709, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YP7LzDWw4qcYdVJYfx3NJCq/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. CAPES. . **Plataforma Sucupira**. 2021. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/veiculoPublicacaoQualis/listaConsultaGeralPeriodicos.jsf>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia Crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 317 p.

BRITO, Monique Araújo de Medeiros; DIMENSTEIN, Magda. Contornando as grades do manicômio: histórias de resistências esculpidas na instituição total. **Aletheia**, Canoas, n. 28, p. 188-203, jul./dez. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200015. Acesso em: 04 dez. 2021.

BROECK, Kris van Den; KETTERER, Frédéric; REMMEN, Roy; VANMEERBEEK, Marc; DESTOOP, Marianne; DOM, Geert. Why Collaborative Care for Depressed Patients is so Difficult: a belgian qualitative study. **International Journal Of Integrated Care**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 2-9, 21 jun. 2017. Ubiquity Press, Ltd.

Disponível em: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2491/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

CAMARGO, Erika Barbosa; PEREIRA, Ana Carolina Esteves da Silva; GLIARDI, Juliana da Motta; PEREIRA, Daniella Rodrigues; PUGA, Maria Eduarda; SILVA, Erica Tatiane da; ELIAS, Flávia Tavares Silva. Judicialização da saúde: onde encontrar respostas e como buscar evidências para melhor instruir processos.. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S.L.], v. 6, n. 4, p. 27-40, 28 dez. 2017. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitario. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i4.410>. Acesso em: 15 maio 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2020.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 154 p. Tradução de: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas.

CELLARD, André. A análise documental. In. POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel-H; LAPERRIÈRE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Coleção Sociologia. 2^a Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CÉZAR, Michelle de Almeida; COELHO, Mayara Pacheco. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 134-151, jan./jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100008. Acesso em: 18 jan. 2022.

CÉZAR, Michelle de Almeida; MELO, Walter. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 25, p. 127-142, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Rnd4H9LjdgRR9WqxbDWFM5q/>. Acesso em: 04 dez. 2021.

CHAZAN, Luiz Fernando; FORTES, Sandra Lucia Correia Lima; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Apoio Matricial em Saúde Mental: revisão narrativa do uso dos conceitos horizontalidade e supervisão e suas implicações nas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 8, p. 3251-3260, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DFSS4npq8csGrZBHdfP8WkD/>. Acesso em: 06 set. 2021

CORBISIER, Cláudia. A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Cap. 13. p. 346-370.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Cap. 8. p. 171-205.

COUTO, Leandra Lúcia Moraes; SCHIMITH, Polyana Barbosa; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 500-511, 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/RSDGVM6848vb5NV8ymYrR8v/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

DECS: **Descritores em Ciências da Saúde**. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decswebp.htm>. Acesso em: 09 set. 2020.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna s. **The Sage Handbook Of: qualitative research**. 4. ed. Califórnia: Sage Publication, 2011. 766 p.
DOMICIANO, Tamara Dias; LORENZETTI, Leonir. A EDUCAÇÃO CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE NO CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS DA UFPR LITORAL. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências** (Belo Horizonte), [S.L.], v. 22, p. 1-25, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epec/a/pbX5cLHd9zKBxMLLFJqXrZN/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

DOMICIANO, Tamara Dias; LORENZETTI, Leonir. A EDUCAÇÃO CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE NO CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS DA UFPR LITORAL. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências** (Belo Horizonte), [S.L.], v. 22, p. 1-25, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epec/a/pbX5cLHd9zKBxMLLFJqXrZN/>.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979. 124 p.

EBSCO INFORMATION SERVICES (Estados Unidos). **Pesquisa com Operadores Booleanos**. 2018. Disponível em: https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-Operadores-Booleanos?language=en_US#:~:text=Por%20exemplo%2C%20cora%C3%A7%C3%A3o%20AND%20pulm%C3%A3o,ordem%20na%20qual%20ser%C3%A3o%20interp%20retados.. Acesso em: 09 set. 2020.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Integrative review versus systematic review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 9-11, 2014. GN1 Genesis Network. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v18n1a01.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

ESLABÃO, Adriane Domingues; PINHO, Leandro Barbosa de; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; CAMATTA, Marcio Wagner; SANTOS, Elitiele Ortiz dos. Objeto e tecnologias do processo de trabalho de uma equipe itinerante em saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 1-8, 5 abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/zhfQLD5VtQcDdSBTpDCjtRD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n3/847-852/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; MATSUKURA, Thelma Simões; LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; FERIGATO, Sabrina Helena; MORATO, Giovana Garcia. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [s. l.], v. 2, n. 28, p. 725-740, maio 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/PrkFtFhmLgTR9pLj8y4QNsk/?format=pdf>. Acesso em: 03 dez. 2021.

FIUZ, Alessandra Rodrigues; BARROS, Nelson Filice de. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 4, p. 2345-2346, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7zsVb7qWPqRgZ6Fzm6k4XFx/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

FLEURY, Marie-Josée; GRENIER, Guy; BAMVITA, Jean-Marie; FARAND, Lambert. Relations between mental health team characteristics and work role performance. **Plos One**, [S.L.], v. 12, n. 10, p. 1-14, 9 out. 2017. Public Library of Science (PLoS). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5633152/pdf/pone.0185451.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-389, set. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800005.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

FLORIANO, L. S. M.; MARTINS, A. R.; BRABICOSKI, C. V.; SILVA, A. M.. PROGRAMA “UEPG ABRAÇA”: uma perspectiva interdisciplinar sobre a saúde mental na universidade. **Revista Conexão Uepg**, [S.L.], v. 16, p. 1-9, 2020. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Programa-%E2%80%99CUEPG-abra%C3%A7a%E2%80%99D%3A-Uma-perspectiva-sobre-a-na-Messias-Martins/13c89ca8ea73a910c76dc20d049068827443bd77>. Acesso em: 14 set. 2021.

FONSECA, Rafaela M. A. Martins; GALLASSI, Andrea Donatti. Práticas de cuidado extramuros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: a ocupação cidadã. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 25, n. 19, p. 1-19, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e200369/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 5-13, jan. 1997. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a02.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

FORTES, Sandra; MENEZES, Alice; ATHIÉ, Karen; CHAZAN, Luiz Fernando; ROCHA, Helio; THIESEN, Joana; RAGONI, Celina; PITHON, Thiago; MACHADO, Angela. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1079-1102, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2014.v24n4/1079-1102/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Políticas de saúde mental do Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 258-259, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NgMtWpbWD3hK3Kz3QFmHTHr/?lang=es&format=pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

FURTADO, Juarez Pereira; LAPERRIÈRE, Hélène; SILVA, Rogério Renato. Participação e interdisciplinaridade: uma abordagem inovadora de meta-avaliação. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 38, n. 102, p. 468-481, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3xzM3pcDQnDjYGkzRQJhKnQ/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

GANONG, Lawrence H. Integrative reviews of nursing research. **Research In Nursing & Health**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-11, fev. 1987. Wiley.

GOMES, Rogério Miranda. **Trabalho médico e alienação**: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde. 2010. 815 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Programa de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Cap. 2. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-04112010-112608/publico/RogérioMirandaGomes.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2021

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE PÚBLICA: UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 1994

GOOGLE: Acadêmico. Acadêmico. 2021. Disponível em: <https://scholar.google.com/intl/pt-BR/scholar/about.html>. Acesso em: 10 maio 2021.

HERMAN, Keith C.; REINKE, Wendy M.; THOMPSON, Aaron M.; HAWLEY, Kristin M.. The Missouri Prevention Center: a multidisciplinary approach to reducing the societal prevalence and burden of youth mental health problems.. **American Psychologist**, [S.L.], v. 74, n. 3, p. 315-328, abr. 2019. American Psychological Association (APA). Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=ED610072>. Acesso em: 14 ago. 2021.

HERZLICH, Claudine. Saúde e Doença no Início do Século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, jul. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2004.v14n2/383-394/pt>. Acesso em: 21 ago. 2020.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (Rio de Janeiro). *Physis: revista de saúde coletiva*. Revista de Saúde Coletiva. 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/physis>. Acesso em: 22 ago. 2021

JAFELICE, Giovana Telles; MARCOLAN, João Fernando. The multiprofessional work in the Psychosocial Care Centers of São Paulo State. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 71, n. 5, p. 2131-2138, 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nPcrXkKfVBKqTvXnMctCF5N/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 221 p.

JORGE, Maria Salete Bessa; SALES, Fabergna Dianny de Almeida; PINTO, Antonio Germane Alves; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, [S.L.], v. 3, p. 221-230, 2010. Fundacao Edson Queiroz. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2019>. Acesso em: 14 ago. 2021.

KEBE, Nicolas Ndibu Muntu Keba; CHIOCCHIO, François; BAMVITA, Jean-Marie; FLEURY, Marie-Josée. Variables associated with interprofessional collaboration: a comparison between primary healthcare and specialized mental health teams. *Bmc F JAPIASSU, Hilton. Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 221 p. *amily Practice*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-11, 8 jan. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-1076-7>. Acesso em: 14 ago. 2021.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 459-466, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23. Acesso em: 09 jul. 2020.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa de. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, Canoas, v. 40, n. 1, p. 87-101, jan./abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a08.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território:

problematizando possíveis relações. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 03, n. 29, p. 1-20, nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/46y3mHF9kdx7DHQGHwpspdf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 dez. 2021.

LIMA, Maria Celina Peixoto; MARTINS, Karla Patrícia Holanda; ROCHA, Lorena Pinheiro; PARENTE JUNIOR, Paulo Alves; CASTRO, Iane Pinto de; PINHEIRO, Nara Moraes; DOMINGUES, Mariana. Arte e mediação terapêutica: sobre um dispositivo com adolescentes na clínica-escola. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 13, n. 3-4, p. 775-796, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482013000200015. Acesso em: 14 ago. 2021.

LOPES, Emanuela Diniz; ALMEIDA, Helen Cristina Medeiros; GOMES, Jamille Oliveira; SILVA, Crislanny Fontenele; LIMA, Anderson Castro; DANTAS, Jurema Barros; GONDIM, Ana Paula Soares. GRUPO TERAPÊUTICO INTERDISCIPLINAR: experiência entre farmácia e psicologia. **Revista Extensão em Ação**, Fortaleza, v. 3, n. 12, p. 76-86, jan. 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/11843>. Acesso em: 14 ago. 2021.

MARKLE-REID, Maureen; MCAINEY, Carrie; FORBES, Dorothy; THABANE, Lehana; GIBSON, Maggie; BROWNE, Gina; HOCH, Jeffrey s; PEIRCE, Thomas; BUSING, Barbara. An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. **Bmc Geriatrics**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 1-23, 10 maio 2014. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24886344/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

MAYER-AMBERG, Norbert; WOLTMANN, Rainer; WALTHER, Stefanie. An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. **Frontiers In Psychiatry**, [S.L.], v. 6, n. 184, p. 1-7, 8 jan. 2016. Frontiers Media SA. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26779043/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

MELO, Anastácia Mariana da Costa. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: uma análise histórica. **Episteme Transversalis**: Revista interdisciplinar, Volta Redonda, v. 7, n. 2, p. 1-13, jul./dez. 2016. Disponível em: <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/view/628/578>. Acesso em: 04 dez. 2021.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 ago. 2020.

MENEZES, Mardônio; YASUI, Silvio. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 217-226, fev.

2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n1/217-226/pt>. Acesso em: 19 jan. 2022.

MESQUITA, Daniele Trindade; PERUCCHI, Juliana; MATTOS, Jéssica. Psicologia e trabalho interdisciplinar na Atenção Primária: um relato de experiência. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 153-165, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n2/v20n2a10.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Disciplinary, interdisciplinarity and complexity*. **Emancipacao**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 435-442, 12 jul. 2010. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/1937-Texto%20do%20artigo-6362-2-10-20110727%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/1937-Texto%20do%20artigo-6362-2-10-20110727%20(4).pdf). Acesso em: 20 ago. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 42-63, dez. 1994. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/1994.v3n2/42-63/>. Acesso em: 24 ago. 2020

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Interdisciplinaridade: uma questão que ultrapassa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70-77, abr./jun. 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1993. 269 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Portaria Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002**. Brasil, p. 1-6. Disponível em: <https://italorodrigo.com.br/wp-content/uploads/2018/05/Portaria-366-de-19-de-Fevereiro-de-2002-CAPS.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MOREIRA, Carolina Pinheiro; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de; JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 67, p. 1123-1134, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n67/1123-1134/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

MORETTO, Cybele Carolina; TERZIS, Antonios. EXPERIÊNCIAS DE UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE MENTAL. **Revista da Spagesp**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 68-76, fev. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200008. Acesso em: 14 ago. 2021.

NETO, João Leite Ferreira. Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana. **Interface comunicação, saúde e educação**, Botucatu, ed. 14, ano 2010, n.

35, 1 out. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/ZwpcfNhgjdsVFvmkkHV3gBpD/>. Acesso em: 8 jan. 2022.

OLIVEIRA, Rosiane Magalhães de. **INTERDISCIPLINARIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):**

produção de sentidos e subjetividades. 2018. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/1884/57351?mode=full>.

Acesso em: 14 ago. 2021.

OLIVEIRA, Thaís Thomé Seni S. e; CALDANA, Regina Helena Lima. Práticas psicossociais em psicologia: um convite para o trabalho em rede. **Revista Pesquisa e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 9, n. 2, p. 184-192, dez. 2014.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v9n2/04.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

OLIVEIRA, Wanderlei Abadio de; SILVA, Jorge Luiz da; SAMPAIO, Julliane Messias Cordeiro; SILVA, Marta Angélica Iossi. Saúde do escolar: uma revisão integrativa sobre família e bullying. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 5, p. 1553-1564, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n5/1553-1564/pt>. Acesso em: 15 maio 2021.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-154, mar. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/mCXjJg5g9LGWSDKmXjvKHcg/>. Acesso em: 19 jan. 2022.

OPEN Grey: System for information on grey literature in Europe. System for information on grey literature in Europe. 2021. Disponível em: <http://opengrey.org/>. Acesso em: 1 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 2009. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**. 2006. Disponível em:

https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1. Acesso em: 05 ago. 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **INDICADORES DE SAÚDE**: elementos conceituais e práticos (capítulo 1). Elementos Conceituais e Práticos (Capítulo 1). Disponível em:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt. Acesso em: 09 jul. 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Genebra). **Mental Health and Development**: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group. 2010. Elaborada por: Margaret Chan. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/development/mh_devel_targeting_summary_2010_en.pdf?ua=1. Acesso em: 26 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Transtornos mentais**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 22 ago. 2021

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (Genebra). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf?ua=1. Acesso em: 25 ago. 2020.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 205-218, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: Edufba, 2006. 154 p.

PEREZ, Olívia Cristina. O Que é Interdisciplinaridade? Definições mais comuns em Artigos Científicos Brasileiros. **Interseções**: Revista de Estudos Interdisciplinares, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 454-472, 3 jan. 2019. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <file:///C:/Users/edugi/Downloads/39041-132321-1-PB.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

PERRONE- MOISÉS, Leyla. **Do positivismo à desconstrução**. São Paulo: Edusp, 2004.

PESSOA, Karine Lima Verde; JORGE, Maria Salete Bessa; LOURINHO, Lidia Andrade; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial. **Revista de Salud Pública**, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 692-698, 1 nov. 2018. Universidad Nacional de Colombia. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsap/2018.v20n6/692-698/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo. Acompanhamento terapêutico e ação interdisciplinar na atenção psicossocial. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 73-81, 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/ZKVfW96HgCPDkmmL9BWmTyN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

POUPART, Jean. **A entrevista de tipo qualitativo**: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In. . POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel-H; LAPERRIÈRE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Coleção Sociologia. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PRISMA: TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-ANALYSES. TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-ANALYSES. 2021. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>. Acesso em: 02 jul. 2021.

PRO Quest. 2021. Disponível em: <https://www.proquest.com/>. Acesso em: 01 maio 2021.

PRZYBYLKO, Geraldine; MORTON, Darren Peter; MORTON, Jason Kyle; RENFREW, Melanie Elise; HINZE, Jason. An interdisciplinary mental wellbeing intervention for increasing flourishing: two experimental studies. **The Journal Of Positive Psychology**, [S.L.], v. , n. , p. 1-16, 24 mar. 2021. Informa UK Limited. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17439760.2021.1897868>. Acesso em: 14 ago. 2021.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000300004&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 out. 2020.

QUEIROZ, Marcos de Souza; DELAMUTA, Leny Aparecida. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "cândido ferreira" em campinas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 16, n. 8, p. 3603-3612, ago. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n8/3603-3612/pt>. Acesso em: 05 nov. 2020.

REIS, Mary Lopes; MEDEIROS, Marcelo; PACHECO, Leonora Rezende; CAIXETA, Camila Cardoso. EVALUATION OF THE MULTIPROFESSIONAL WORK OF THE FAMILY HEALTH SUPPORT CENTER (NASF). **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 1-9, jan. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/BCqKbCyGPx6GvbTPjmzg47g/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

RESENDE, Marina Silveira de; PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte , v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2021.

RIOS, David Ramos da Silva; SOUSA, Daniel Andrade Barreto de; CAPUTO, Maria Constantina. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista:

o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 23, p. 1-20, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180080.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020

ROCHA, Ruth Mylius. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 350-357, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/T4t7F4WhnYwzCtk9vFBCJJv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

ROSA, Roberta Pereira Furtado da; ANDRADE, Ana Lúcia Freitas de; OLIVEIRA, Sheila Prado de; SILVA, Arthur Gomes Leite da; FERREIRA, Arthur Marilac; INÁCIO, Juliana de Sousa; ARAÚJO, Sandra Maria dos Santos da Silva. Construindo saberes no trabalho em saúde mental: experiências de formação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 931-940, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XMsxqNbyDGqQrMHj8GwQT8M/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

SAMAJA, Juan Alonso. **Epistemologia e epidemiologia**. In: ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.); BARRETO, Maurício Lima; VERAS, Renato Peixoto; BARATA, Rita Barradas. Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz/abrasco, 1998. p. 23-36.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: : avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 37, p. 1-16, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMNC4W9B4JsBvFZJ/?format=pdf>. Acesso em: 04 dez. 2021.

SANCHEZ, Katherine; EGHANEYAN, Brittany; MITSCHKE, Diane. Implementation of a collaborative care model for the treatment of depression and anxiety in a community health center: results from a qualitative case study. **Journal Of Multidisciplinary Healthcare**, [S.L.], p. 503, nov. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25395860/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

SANTOS, Milton. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1985. 88p.

SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; PESSOA JUNIOR, João Mário; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 39, p. 1-10, 23 jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/hDWkVDdhN5ttTQ3y9qJnQgJ/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

SANTOS, Silvana Sidney Costa; HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida. A complexidade e a relação de saberes interdisciplinares: contribuição do

pensamento de edgar morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 65, n. 4, p. 561-565, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rpStZdRWWXPCpQsHhVMYJ9c/>. Acesso em: 06 set. 2021.

SAÚDE EM DEBATE (Brasil). **Submissões**: condições para submissão. Condições para submissão. 2021. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/about/submissions#authorGuidelines>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 118, p. 366-393, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/hmm93SyZXS8DrjnxFwgYCFh/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

SCHNEIDER, Jacó Fernando; SOUZA, Jemina Prestes; NASI, Cintia; CAMATTA, Marcio Wagner; MACHINESKI, Gicelle Galvan. CONCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL SOBRE INTERDISCIPLINARIDADEa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 397-405, set. 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23637/000731383.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 ago. 2021. SCOPUS: o maior banco de dados. o maior banco de dados. 2021. Disponível em: <https://www.elsevier.com/pt-br/solutions/scopus>. Acesso em: 20 maio 2021

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE - SCIELO (Brasil). Scientific Electronic Library Online: scielo. SciELO. Disponível em: <https://www.scielo.br/?lng=pt>. Acesso em: 08 set. 2020.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1997.v31n5/538-542/pt>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, Janete Liasch Martins de (org.). **Serviço Social e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 1989. Cap. 2. p. 11-20.

SILVA, Juliana Catarine Barbosa da; OLIVEIRA FILHO, Pedro de. Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de centros de atenção psicossocial. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 609-617, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/kCYFgGs4v3HvVswmfmxs9JH/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

SILVA JUNIOR, Luiz Alberto; LEÃO, Marcelo Brito Carneiro. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no ensino de ciências em teses brasileiras. *Ciência e Educação*, Bauru, v. 3, n. 24, p. 715-728, jul./set. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ciedu/a/yBwC9L74v4vD3s4PwVXggsk/?lang=pt>. Acesso em: 05 dez. 2021.

SILVA, Marcelo José de Souza e. **O conceito de Saúde na Saúde Coletiva:** contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade. 2017. 110 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09082017-100757/publico/MarceloJosedeSouzaeSilva.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

SILVEIRA, Elaine Rosner. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2377-2386, set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n9/2377-2386/pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

SORIANO, Raúl Rojas. Manual de pesquisa social. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. 343 p. Tradução de: Ricardo Rosenbusch.

SOUZA FILHO, Marcelo José de. **O conceito de saúde na saúde coletiva:** contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade. 2017. 110 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Cap. 21. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09082017-100757/publico/MarceloJosedeSouzaeSilva.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, **Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003. Acesso em: 11 out. 2020.

URSI, Elisabeth Silva. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório:** revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf. Acesso em: 30 jun. 2020.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE MENTAL: o desafio interdisciplinar em um caps. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-14, jan. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/15.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira; JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Antônio Germane Alves; PINTO, Diego Muniz; SIMÕES, Emanuel Cesar Proença; MAIA NETO, José Pereira. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 8, p. 166-175, dez. 2012.

Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68663/41348>. Acesso em: 14 ago. 2021.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal Of Advanced Nursing**, [S.L.], v. 52, n. 5, p. 546-553, dez. 2005. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.465.9393&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

ZAGO, Nadir. A entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In: ZAGO, Nadir; CARVALHO, Marília Pinto de; VILELA, Rita Amelia Teixeira (org.). **Itinerários De Pesquisa: perspectivas: qualitativas em sociologia da educação**. Rio de Janeiro: Dp&a, 2003. p. 287-309. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3167195/mod_resource/content/1/Entrevista.pdf. Acesso em: 05 out. 2020.

ZANARDO, Gabrila Lemos de Pinho; BIANCHESSI, Desirée Luzardo Cardozo; ROCHA, Kátia Bones. Dispositivos e conexões da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Porto Alegre - RS. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, set./dez. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n3/a06.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021.

ZYGOMATIC. WordClouds. Disponível em: <https://www.wordclouds.com/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

APÊNDICES

A – Instrumento para coleta de dados bibliográficos – adaptado

A. IDENTIFICAÇÃO	
Título do artigo:	
Título do periódico:	
Autores:	
País:	Idioma: Ano de publicação:
B. INSTITUIÇÃO DE ESTUDO	
Hospital:	
Universidade:	
Centro de pesquisa:	
Instituição única:	
Pesquisa multicêntrica:	
Outras instituições (Qual?):	
Não identifica local:	
C. TIPO DE PUBLICAÇÃO	
Publicação em área de saúde?	
Publicação em outra área?	
Área de publicação:	
D. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO	
TIPO DE PUBLICAÇÃO	Abordagem ☐ Qualitativa ☐ Quantitativa ☐ Quali-quantitativa Qual o tipo do estudo?
QUAL O OBJETIVO OU QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO?	
AMOSTRA	Há amostra populacional? ☐ Sim ☐ não A amostra é composta por ☐ usuários dos serviços ☐ trabalhadores *Quais os profissionais envolvidos? Quais as características adicionais da amostra?
TRATAMENTO DOS DADOS	Qual a forma de coleta dos dados?
INTERVENÇÕES REALIZADAS	Há intervenções descritas em saúde mental? ☐ Sim ☐ Não Havendo, elas são ☐ Individuais ☐ Coletivas Quais as características destas intervenções – como elas são e quem as realiza?
RESULTADOS	

ANÁLISE			Qual a forma de análise de dados?	
IMPLICAÇÕES			Quais as conclusões dos autores?	
NÍVEL DE EVIDÊNCIA				
E. AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO				
CLAREZA NA IDENTIFICAÇÃO DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA NO TEXTO (MÉTODO EMPREGADO, SUJEITOS PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO, INTERVENÇÃO, RESULTADOS)?				
F. RECUPERAÇÃO DE TRECHOS EM QUE HÁ DESCRIÇÃO CONCEITUAL PARA OS TERMOS “INTERDISCIPLINAR” OU “INTERDISCIPLINARIDADE”				
Número do trecho	Transcrição literal	Página	A conceituação vem dos autores do artigo? (sim ou não)	Referência bibliográfica do conceito (quando for citação)
1				
2				
(...)				

B – Roteiro para realização de entrevista não-dirigida**ENTREVISTA Nº ____**

IDENTIFICAÇÃO	
Entrevistado (pseudônimo):	
Formação profissional:	
Maior título acadêmico:	
Atuação profissional:	
Tempo em que estuda temas ligados à saúde mental:	
Data da entrevista:	Duração da entrevista:

Aspectos a serem explorados durante a entrevista:

- a) Tempo em que discute ou estuda a saúde mental/ trabalho em saúde mental;
- b) Investigação conceitual do termo “interdisciplinaridade” no contexto do trabalho em saúde mental, a partir das concepções particulares do entrevistado ou entrevistada;
- c) Exploração do impacto que incorporação do tema da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental traz para a atenção àqueles que apresentam sofrimento mental;
- d) Exploração da relação entre políticas públicas de saúde e realização interdisciplinar no trabalho em saúde mental;
- e) Percepções a respeito da influência do campo da saúde coletiva na atitude de interdisciplinar de cuidado em saúde mental;
- f) Perspectivas da aplicação de práticas interdisciplinares na proposição de modos de atenção em saúde mental.

C – termo de consentimento livre e esclarecido

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na

CONEP em 04/08/2000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: OS SENTIDOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Certificado de aprovação no comitê de ética em pesquisa – CAAE
44988721.6.0000.0107.

Pesquisador para contato: EDUARDO GIACOMINI

Telefone do pesquisador: 41 999194242

e-mail do pesquisador: edu.giacomini@gmail.com

Endereço de contato (Institucional):

PÓS- GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM BIOCÊNCIAS E
SAÚDE – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

Telefone: 45 32203132

e-mail: biosaude.unioeste@gmail.com

Convidamos você a participar da pesquisa: “OS SENTIDOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL”. O objetivo central desta investigação é analisar como se expressa a interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde mental. Pretende-se, neste estudo, resgatar na produção científica e também em entrevistas, elementos que levem a entender melhor como a interdisciplinaridade pode impactar as práticas de cuidado em saúde mental, assim como reconhecer e discutir os conceitos atribuídos a ela neste campo. Com isso, anseia-se alcançar um olhar aprofundado sobre o tema, tal como reconhecer, debater e divulgar estratégias que possam beneficiar aqueles que, em sofrimento psíquico, recebem cuidados em saúde.

Informo que esta pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde, porém, se ocorrer algum dano imprevisto decorrente de sua participação, em qualquer etapa desta pesquisa, providenciarei, como pesquisador, acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação, caso haja alguma.

Garanto, como pesquisador, a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam

consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar contém 03 (três) páginas. Você deve vistar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável:

Assinatura:

Eu, Eduardo Giacomini, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante.

Assinatura do pesquisador

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

D – transcrições das entrevistas

ENTREVISTA Nº 1

IDENTIFICAÇÃO	
Entrevistada (pseudônimo): ANA	
Formação profissional: enfermeira	
Maior título acadêmico: doutora	
Atuação profissional: professora em cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, pesquisadora.	
Tempo de envolvimento em estudos ou debates a respeito do trabalho em saúde mental: mais de 20 anos	
Data da entrevista: 23/06/2021	Duração da entrevista: 59min17s

ENTREVISTADOR – Gostaria de saber: você é professora de graduação e, também, da pós-graduação. Você tem algum outro vínculo empregatício formal?

ANA – Não, só. Eu sou professora de dedicação exclusiva da *universidade s.*

ENTREVISTADOR – Há quanto tempo, mais ou menos, você estuda ou discute temas que se relacionam à saúde mental?

ANA – Há 21 anos eu estudo temas que se relacionam à saúde mental, desde a minha primeira iniciação científica, em que eu fui bolsista CNPq pela *universidade s.* Então, desde lá que eu venho estudando sobre saúde mental, e essa temática fez parte de toda a minha trajetória acadêmica.

ENTREVISTADOR – Quer dizer que há duas décadas você já estuda isso, e isso começou na sua graduação...

ANA – Na minha graduação, foi desde a iniciação. Eu fiz duas iniciações científicas na graduação, e aí eu fiz um TCC na área da saúde mental, eu fiz a dissertação de mestrado, a tese de doutorado e, desde 2008, eu trabalho com disciplinas na graduação em enfermagem, na área da saúde mental e psiquiatria.

ENTREVISTADOR – Então, quer dizer, os temas da saúde mental acompanham sua trajetória acadêmica. Você, nesse tempo, nessa sua trajetória de vida, além da academia, já se envolveu com outros movimentos ou discussões relacionadas à saúde mental?

ANA – Sim. Eu participei e eventos científicos a respeito e, depois que eu me inseri como docente, eu fui convidada para trabalhar questões relacionadas à saúde mental com acadêmicos, e passei a fazer plantões docentes na *universidade* s, e também fui convidada para fazer algumas falas na liga da enfermagem, como aula inaugural. Eu já fiz algumas falas em *lives*, agora que a gente tem esse período, e desde outubro de 2020 eu estou fazendo plantões na ala de desintoxicação para crianças e adolescente do *hospital* s. Eu fui convidada para fazer uma revisão do projeto terapêutico da ala e implantar o projeto terapêutico singular, e nós conseguimos fazer a entrega do documento para o setor em abril desse ano, e conseguimos implantar um instrumento do PTS desde fevereiro deste ano, então está sendo uma realização profissional, para mim, conseguir colocar esse instrumento dentro de um serviço, e esse instrumento sendo utilizado pela equipe multidisciplinar, norteador as ações de assistência a esse público, que fica em torno de trinta a trinta e cinco dias na ala. E caracterizando o serviço... não só unidade de desintoxicação, mas também de reinserção e reabilitação social, porque a partir do projeto terapêutico todas as ações de todos os profissionais, começaram a dialogar, digamos assim, e nesse diálogo se faz um planejamento de metas para que a gente possa atingir no cuidado dentro do setor quando dá alta. O acompanhamento que ele vai ter dessa assistência depois, quando ele volta para o município de origem, então é feito: são feitas reuniões de equipe todas as quintas-feiras pelos projetos, e sugestões de toda a equipe – técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, as médicas psiquiatras, nós temos 3 lá, e assistente social... agora, nós finalmente conseguimos uma psicóloga para a ala, porque a gente estava sem. Nós temos um sociólogo também na ala, ele acaba ajudando nessas questões, e as reuniões de rede também são feitas. Então, esse PTS é depois encaminhado para os serviços do município, para que vejam que metas foram alcançadas e que ainda precisam ser trabalhadas com esse adolescente, essa criança, e na rede, então, é algo que parecia tão longe do serviço e que a gente fala, assim, parece uma simples ação você escrever, adaptar um instrumento, melhorar ele a cada dia, porque aí vem as

sugestões da equipe, e achar que aquele instrumento vai ficar guardado. Não, não ficou guardado, então isso que eu acho está sendo feito, sendo colocado em prática.

ENTREVISTADOR –Querida pedir, se você pudesse, para falar um pouquinho mais sobre como é esse instrumento e qual foi a sua avaliação a respeito das dificuldades ou, até mesmo, não das dificuldades, mas das boas surpresas com a implantação dele.

ANA – Esse instrumento é constituído de dados do paciente, que vêm do prontuário dele, então é feita lá uma breve explanação de anamnese dele, que foi feita na internação, e a hipótese diagnóstica que a gente já tem, um diagnóstico mais ou menos dado quando ele chega, que é o transtorno por uso, abuso de substâncias. Mas às vezes, Eduardo, é interessante que ele vem com esse diagnóstico, mas quando se faz o toxicológico, ele não tem o uso, ele não está, digamos assim, com toxicológico positivo, mas mesmo assim... então, tem dados, por exemplo, da história pregressa, de morbidades que ele tenha, comorbidades a gente coloca, história de doença psiquiátrica na família a gente coloca, a queixa principal que ele chegou no serviço... e aí nós fazemos o quê? Nós fazemos uma conversa com a equipe toda. Então é importante porque o técnico de enfermagem, muitas vezes, a pessoa pensa assim, “bom, mas o técnico vai fazer a assistência de cuidados, enfim, de enfermagem”, mas, nesse âmbito, os técnicos desenvolvem muito também a escuta, então eles têm muitas informações que muitas vezes o restante da equipe não chegou a ter. E acesso eles têm, porque eles ficam muito mais próximos do paciente, então eles participam, eles comentam como que está sendo a evolução desse paciente, a gente põe os medicamentos que estão prescritos, a gente discute se esses medicamentos são necessários ainda, se precisa mudar a dose, mas isso junto com o médico psiquiatra. A gente fala sobre como ele está reagindo nesses primeiros dias, as reações de abstinência, até questões emocionais de, enfim... então se faz toda essa avaliação, e aí a gente estabelece qual é o período que ele está, em relação a aceitação de motivação para melhora no tratamento. Então, se ele está no período de contemplação, a gente discute tudo isso. O que é o período de contemplação? O que é, então, a equipe já tem uma noção muito boa, e consegue avaliar qual é o período, a fase, que o paciente está. Então, a partir daí, nós fazemos... ah! Também colocamos, por exemplo, antecedentes criminais, porque nós temos muitos que vêm por internação compulsória, alguns por

internação involuntária e pouquíssimos, mas temos, de internação voluntária, sabe? Então assim, antecedentes criminais, envolvimento com polícia, enfim, a gente coloca tudo isso a partir do que a gente tem de dados dele. A gente pensa “quais são as metas?”. A primeira meta, se ele está intoxicado: desintoxicação; a segunda meta, por exemplo, a gente oferece, o serviço de atenção à educação hospitalar, então nós temos agora aulas *online*, estava parado, mas a gente conseguiu, e aí então faz contato com a escola e aí vê qual é a série que esse indivíduo parou de estudar, que geralmente eles abandonaram a escola, e aí se insere. Bom, então se faz todo um planejamento de metas para saber o que eu preciso para esse indivíduo singular e aí, semanalmente, a gente avalia, e a gente vê o que já foi alcançado, o que não foi alcançado, e a gente também coloca lá, por exemplo, observações dos membros da equipe a respeito dele, e depois a gente faz uma avaliação na alta para saber. E no decorrer dessa internação a gente acaba, às vezes, identificando algumas comorbidades nesses indivíduos. A gente faz de tudo, até inclusão, por exemplo, de um trabalho de menor aprendiz. A gente vê o que eles têm de expectativas para a vida, quando saírem. E vai variando de pessoa para pessoa, porque tem uns que, assim: “poxa, eu quero mudar, então eu quero aprender um curso de cabeleireiro, eu quero ajudar meu pai porque o meu pai instala antena de televisão”. Teve uma menina que a gente até fez, o pai dela fez, uma camiseta para ela, da empresa, e aí depois ela mandou. Então, a gente tem muito resultado interessante com esse... as dificuldades, assim, foram em relação à questão do treinamento da equipe. Nós temos um prontuário eletrônico e a gente não conseguiu ainda colocar esse instrumento dentro do prontuário eletrônico, e as a equipe têm, ainda, algumas dificuldades em identificar algumas questões dos adolescentes, mas a gente acaba sempre tentando conversar e, eu acho que, por enquanto, tanto na minha avaliação, quanto da coordenação da enfermagem lá, e da equipe como um todo, esse instrumento, que parece algo tão simples, modificou muito as relações entre a equipe mesmo, no atendimento. E ajudou muito no direcionamento das ações para os pacientes.

ENTREVISTADOR – Você classificou esse projeto como um projeto interdisciplinar. No seu ponto de vista, esse projeto pode favorecer a interdisciplinaridade?

ANA – Ele já é pensado numa perspectiva interdisciplinar, dentro da saúde mental. Ele é utilizado em outras áreas também, a gente pode utilizar em qualquer situação de atenção à saúde, da população, enfim. Mas ele já implica, pelo menos, uma condição multiprofissional, porque você vai precisar de avaliação de vários profissionais para que você contemple todas as necessidades, então, por isso eu falei para você que a gente tem até a questão da própria educação ali. A gente tem a questão do judiciário, do conselho tutelar, enfim, da rede que faz atenção para esse paciente, depois. Mas a interdisciplinaridade está porque, eu acho, a saúde mental, ela tem muito dessa prática, de que os profissionais conversam entre si, eles chegam a um consenso sobre as ações para o paciente e há um respeito, uma relação horizontal, por mais que eu tenha, por exemplo que, digamos assim: algumas decisões minhas, elas precisam da avaliação de outro profissional, esse profissional, ele não se coloca como superior, entende? Então, as médicas psiquiatras que, a princípio, são as que vão definir o tratamento do paciente... é muito interessante você ver por qual perspectiva elas trabalham, não deixam de considerar as avaliações dos enfermeiros, dos técnicos de enfermagem, do psicólogo, do assistente social, do próprio sociólogo que nós temos hoje na ala, nós ainda não temos terapeuta ocupacional, as avaliações da pedagoga que faz o trabalho de busca dessa questão das escolas, e também as escolas mandam relatórios para a gente e ela faz a divulgação desses relatórios – como esse adolescente é na escola, como era, digamos assim, o aproveitamento escolar dele, com que frequência ele ia para aula. Enfim, a gente acaba tendo muitas informações até da família, nesse sentido. Uma coisa que a pandemia piorou muito é que a gente faz agora vídeo chamada, porque não tem mais visita, e a gente consegue algumas informações da família, partilha vídeo chamada do adolescente com a família, que é acompanhada por um profissional, mas é o contato com a família. Ela, ele, fica um pouco distante nesse sentido, porque a gente não consegue ter uma conversa muito... e mesmo quando tem, às vezes, a gente não chega a alguns pontos específicos que a gente gostaria. Então há sim, há uma busca de interdisciplinaridade nesse trabalho, e a gente consegue ver na prática, então. É bastante gratificante trabalhar em serviços que dão essa oportunidade para o profissional; de dialogar, de estabelecer um consenso. Então, a ala, eu vejo dessa forma, sabe? Lógico, tem conflitos? Tem! Tem discordância, tem... eu acho que isso faz parte do enriquecimento todo da equipe. Mas não se desconsidera, de forma

nenhuma, o conhecimento de nenhum dos profissionais, nesse sentido. Até foi interessante, esses dias, que as meninas vêm muito com história assim: de que elas fazem programas para poder sustentar o vício e não sei o quê. São adolescentes, e aí nós, até colocar, vamos lá, bom... ela se prostituiu e tal. Mas não! Aí, o sociólogo veio e disse: olha, vocês têm que pensar por um outro lado, porque isso é exploração sexual, elas não estão fazendo, não estão exercendo uma profissão, elas estão sendo exploradas por alguém. E, nesse sentido, chamamos pessoas para falarem sobre isso com a gente. Tivemos um ciclo que foi muito complicado, o ciclo anterior a esse que está, em que o grupo todo era um grupo de adolescentes violentos, eles tinham história de crimes bastante complicadas, e eram pessoas que eram muito desafiadores, opositores. A equipe começou a ter uma saturação emocional para lidar com eles, porque eles não respeitavam a regra, mas também não respeitavam a pessoa do profissional, e aí nós chamamos uma psicóloga para falar sobre isso com a equipe. Então, é nesse sentido que se desenvolve o trabalho lá dentro, e por isso que eu digo para ti: é interessante, porque é muito próximo do que a teoria traz para a gente, de um serviço.

ENTREVISTADOR Você me disse que, além desse projeto, desse serviço, você estuda há muito tempo a saúde mental, e já esteve em outros serviços, e se deparou com outras práticas de atenção. Dessas práticas de atenção à saúde mental, que se diziam ou que se propunham interdisciplinares, que características você conseguiria identificar como interdisciplinares?

ANA – Nos serviços que eu tive contato, foram serviços onde eu supervisionei estágios, do curso de enfermagem. Então, em CAPS, CAPS 3, CAPS 2, CAPS AD 4, que a gente tem unidade de acolhimento aqui em Cascavel, que a gente tem também... o que eu consigo ver não é uma interdisciplinaridade, eu vejo uma atuação multiprofissional. Existem reuniões, se existem, mas eu vejo no sentido, de que a equipe, muitas vezes, atua cada um na sua salinha. Quer dizer, eu tenho lá uma avaliação do enfermeiro, do médico, do clínico, do psicólogo, mas uma conversa desses profissionais para que se imponha um planejamento é mais complicado. O paciente, ele tem a atenção de todos os profissionais, mas é uma coisa mais direcionada, a partir das práticas individuais. Uma coisa que também acaba ficando um pouco defasada é a questão da referência e da contrarreferência dessas equipes para atenção primária, e da atenção primária para essas equipes.

Isso se evidenciou bastante na dissertação que orientei, de mestrado, que trabalhou com a questão da estrutura da organização da RAPS, aqui na *regional n* de saúde. Então, apesar de tudo isso, tem um *déficit* de comunicação entre os serviços, você tem a heterogeneidade dos municípios, dos serviços que eles têm para atender, e você vê também, assim, que essa interdisciplinaridade, ela foge desses ambientes, da prática desses ambientes, porque tem locais que, por exemplo, só temos um ou dois profissionais que são só a referência para aquele local, e acabam fazendo encaminhamentos. Muitas vezes os NASFs, que têm os municípios, eles funcionam como ambulatorios, e fazem uma avaliação e encaminham esse paciente para o centro de especialidades. Então, ainda nós temos que trilhar bastante, temos um caminho bastante grande para que essas práticas interdisciplinares se efetivem na saúde mental, em todos... por isso falei que acho que alguns serviços conseguem ter o mais próximo do que a gente espera, outros ainda não. E o que a gente viu também é que, às vezes, a pessoa faz o teste seletivo para trabalhar naquele serviço, como é o caso do *serviço l* aqui na *cidade b*, então já tem ideia que ela vai trabalhar na saúde mental e que, agora, tem aquelas pessoas que fazem concurso, teste seletivo para a prefeitura em qualquer município, e eles não sabem qual vai ser o setor que ele vai ser direcionado, e é histórico, na enfermagem pelo menos, a gente percebe que nem todo mundo tem uma afinidade muito grande com a área de saúde mental, e aí quando se depara nesse serviço, às vezes está lá por que foi para onde ele foi mandado e não é uma coisa que ele esperava trabalhar, então é... mesmo com qualificação. E às vezes ainda tem a defasagem da qualificação também, a pessoa acaba não se empenhando tanto nessa área.

ENTREVISTADOR –No seu ponto de vista, como seria a realização da interdisciplinaridade? O que se esperaria de um atendimento à saúde mental que fosse mesmo interdisciplinar, quais são as características fundamentais dele?

ANA – As características fundamentais são, eu acredito, quando o paciente chega no serviço... a entrevista dele poderia ser feita por qualquer técnico do serviço, digamos assim, técnico que tenha uma graduação. E, a partir dessa entrevista, e da... haverá, por exemplo, teria que haver, uma discussão de caso com toda a equipe multiprofissional, e as condutas a serem tomadas pelos profissionais deveriam ser feitas a partir de um consenso da equipe. É lógico, cada profissional

com suas justificativas, e que a equipe então entenda toda a história desse paciente; entenda necessidades que ele tem e por que foi pensada aquela conduta para ele; por que ele tem que vir só uma vez de manhã no CAPS; por que ele tem que vir a partir daí; que atividades serão direcionadas para ele; qual a periodicidade de avaliação dele. Então, acho que é não ter uma hierarquia entre os profissionais, quer dizer, é essa questão de considerar a observação, o que cada profissional conseguiu perceber de necessidade daquele paciente e que todos os membros da equipe saibam o que está acontecendo com ele, porque, se muda algum tipo de conduta então... eu acho que a interdisciplinaridade vai além dele ter vários atendimentos separados, é preciso haver um diálogo da equipe para que esse plano terapêutico do paciente seja feito da forma mais holística possível e que, depois, a equipe tenha condições de saber, por exemplo, quando esse paciente pode receber alta, o que eu acho que é uma das maiores dificuldades que os serviços de saúde mental têm. Eu estava lendo um estudo que, assim, é complicado ter critérios para que o indivíduo tenha alta de um CAPS, por exemplo. Eu acho que essa atuação interdisciplinar poderia contribuir para isso, para que a gente tivesse critérios de que – são poucas vagas, a gente sabe, teria que ter mais vagas – mas assim, critérios de alta para pacientes leves, moderados, enfim... quando ele poderia receber alta e ter, por exemplo, condições de reinserção social, reabilitação social, enfim.

ENTREVISTADOR –Como você acha que, de um modo prático, as equipes de saúde poderiam promover esses espaços interdisciplinares de diálogo?

ANA – Eu acredito que as reuniões de equipe são importantes para isso. Então, às vezes, as pessoas dizem: nossa, mas o serviço fechou para fazer reunião de equipe. É nesse momento que a equipe, todos os profissionais, vão conseguir conversar a respeito dos casos, então acho que é a primeira coisa, é isso, eu acho que tem que ter uma reunião de equipe que seja dentro do horário de trabalho. Porque lá na ala, às vezes, a gente faz fora do horário de trabalho, e nem todo mundo consegue participar. Essas reuniões acabam, por exemplo, discutindo os casos, colocando as suas percepções sobre como está sendo a evolução daquele paciente, e ajudam muito na condução do tratamento. E também que os profissionais que estão no serviço possam visitar a evolução que os outros profissionais fazem, para que possam ter um acompanhamento do que está sendo ofertado. Acredito que o resultado disso é materializado no projeto terapêutico singular, no vínculo com um

indivíduo, com a família, porque a gente precisa saber como é a vida dele lá fora, quais são as dificuldades que essa família tem. Muitas vezes, esse modelo que nós temos agora é criticado, porque dizem: poxa, sobrecarregaram a família. Mas assim, quais as necessidades que essa família tem que o profissional de saúde não está conseguindo atender? Porque eu acredito que se ela for atendida nas suas necessidades de conhecimento a respeito da patologia e saber que, às vezes, essa patologia pode ter remissão, mas muitas vezes não tem. E aí, como que ela vai lidar com isso em casa? Então, eu acho que essa prática, ela precisa ser colocada nos serviços dessa forma, de que os profissionais consigam ter um conhecimento de como ... para isso tem que ter sim reunião de equipe. Tem aqueles que são de casa, tem que ter elaboração de projeto para cada um dos indivíduos e é o que, mais ou menos, a gente consegue fazer lá na ala, nesse momento.

ENTREVISTADOR – Você me disse que uma atitude interdisciplinar poderia favorecer uma atitude de alta, me disse também que a expressão dessa decisão interdisciplinar acontece no projeto terapêutico singular. Como você acha que um projeto terapêutico singular, construído a partir da interação interdisciplinar, pode favorecer o indivíduo?

ANA – Pode favorecer o indivíduo no sentido de que você tem um olhar amplo para a as potencialidades e as fragilidades dele, certo? E aí, você pode trabalhar ambas, as potencialidades que ele tem para, por exemplo, vou voltar ao exemplo que eu estou vivenciando, para se incluir na escola, dar continuidade aos seus estudos, para as potencialidades que ele tem para desenvolver outro tipo de trabalho que não seja o corre para o tráfico de drogas, enfim. A rede de apoio que ele tem, familiar, social, os amigos que são fatores protetores para ele, não aqueles que ele considera amigos e que, de certa forma, trazem algum tipo de dano para ele. E também nós temos casos, Eduardo, que é, por exemplo: a família não é um fator protetor, então a gente acaba investigando isso a partir dessa, né ...então vê como a intersectorialidade faz parte também dessa abordagem interdisciplinar, porque aí a gente vai perceber que a família não tem aquela condição de mudar a vida daquela criança, daquele adolescente. Se ela voltar para aquele ambiente, ela vai continuar, vai voltar a fazer o que fazia antes, e pode ser muito pior ainda. Ou então ele está, por exemplo, sob risco de morte, se ele voltar para a comunidade dele, a gente precisa lançar mão de abrigos, famílias acolhedoras. Então, eu acredito que, lógico,

tem questões emocionais também, mas nós tivemos, por exemplo, um casal de irmãos – uma menina que tinha oito anos e um menino que tinha seis – que eram adictos e que não dava para voltar para casa, porque o pai deles aliciava eles para fazer o tráfico, e aí eles foram para famílias acolhedoras. Eles choraram muito, eles não queriam, eles queriam voltar para casa deles, enfim, todo um processo de adaptação, mas hoje eles estão melhores do que se tivessem com a família deles. Então, eu acho que isso, essas questões que a gente acaba percebendo a partir desse acompanhamento multidisciplinar e interdisciplinar no projeto terapêutico, traz benefícios muito grandes para reinserção e reabilitação psicossocial desse indivíduo, seja ele criança, adolescente, seja por uso de drogas, seja ele adulto por uso de drogas ou então por transtornos mentais graves. E que a gente consegue perceber algumas potencialidades neles. Eu sempre falo para os meus alunos assim: não quer dizer que essa pessoa, para ter sucesso na sua reinserção social e reabilitação psicossocial, ela tem que fazer uma faculdade, tem que ter uma profissão de grau superior, ela pode, dentro das suas potencialidades, das suas possibilidades, desenvolver o melhor que ela tem nas suas capacidades. Então, a gente tem indivíduos que podem, por exemplo, trabalhar, se inserir no mercado de trabalho com essa lei que nós temos aí de... como que é a lei que agora eu esqueci, da questão da inclusão? Não é de pessoas com deficiência, enfim... e a gente vê. Na empresa em que meu marido trabalha, ele fala, tem um pessoal lá que tem *déficit* de aprendizagem, mas está lá trabalhando no almoxarifado, está trabalhando na questão de cópia, de um monte de coisas... no supermercado, enfim. Isso traz para ele uma autonomia, eu diria, em relação à sua condição civil.

ENTREVISTADOR – Já há algumas décadas, a interdisciplinaridade tem sido discutida no campo da saúde coletiva e na cena da saúde mental. Eu queria saber: qual é sua opinião a respeito da influência ou impacto que essa discussão trouxe, se é que trouxe, para as políticas públicas de saúde mental aqui no Brasil?

ANA – Eu acredito que o impacto foi bastante positivo, sabe? A partir das discussões que começaram lá na época da redemocratização, com a reforma sanitária brasileira – e a reforma psiquiátrica acompanhou esse movimento. E nós estamos em movimentos da reforma sanitária da reforma psiquiátrica, e essas ideais que importamos, principalmente do da Itália, acabaram por transformar, a forma de

assistência na saúde coletiva e na saúde mental. Eu vejo que os ideais da reforma sanitária não foram totalmente atingidos, porque a reforma sanitária, ela culminou no sistema único de saúde, que não era o principal objetivo da reforma sanitária brasileira, a reforma sanitária brasileira tinha como objetivo de uma transformação social, que nós não tivemos essa transformação social, mas ainda se busca. No bojo desse movimento, a reforma psiquiátrica também aconteceu nesse mesmo sentido, então é... essas ideias de nova forma de atendimento, de inclusão social, reabilitação social, elas estão imbricadas de práticas interdisciplinares. Eu vejo que para que você tenha esse modelo que nós temos hoje, e que sofre ataques a todo momento, e que hoje nós temos ataques muito mais evidentes do que ...porque, todo momento, a gente tem, é uma arena de conflitos que nem todo mundo é a favor da reforma psiquiátrica, dentro da saúde mental. Mas para que a gente alcançasse o que a gente tem hoje de atenção em saúde mental, comunitária, uma conversa com o território, enfim, nós tivemos um embasamento muito grande nessa questão da interdisciplinaridade sim, e essa intersetorialidade se materializa numa... intercepta a realidade para atendimento em saúde mental. Então, uma conversa interdisciplinar não só dentro da área de saúde, mas da área da saúde com outros setores da educação, com a questão dos direitos também. Então o impacto, no meu ponto de vista, foi muito positivo. Nós sempre temos alguns embates, não tem como não ter. Essa questão que eu estava falando antes, por exemplo, a gente ainda tem desafios muito grandes para atenção desse indivíduo e sua relação com a família, com a comunidade. Mas os benefícios que esses indivíduos e nós também tivemos, a partir dessa nova forma de atendimento, são muito maiores do que os desafios que a gente ainda tem para transpor.

ENTREVISTADOR – Você acredita que a saúde coletiva também impacta as concepções de interdisciplinaridade dentro da saúde mental, contribui com isso, traz influências, ou não?

ANA – Acredito. Principalmente nesse novo formato em que nós temos a partir da década de 1980 e 90, com a estratégia de saúde da família e com a implantação dos núcleos de apoio à saúde da família. Nesses núcleos, a gente pretende que sejam, por exemplo, espaços de ações interdisciplinares que possam beneficiar a assistência na saúde coletiva, na atenção primária à saúde. E lógico que isso tem um impacto muito positivo para a saúde mental, porque é possível, a partir de

ferramentas como matriciamento, fazer com que as equipes de saúde da família possam atender casos de saúde mental dentro da atenção primária, que não precisem ser, por exemplo, encaminhados para especialidades, entende? Então, eu acredito nisso, que se a gente tiver um engajamento maior, dos profissionais lá na ponta, na saúde coletiva, com esse apoio que eles têm dessa equipe, é lógico que a gente vai ter uma resolutividade muito maior de todos os problemas que a atenção primária pode resolver, inclusive problemas de saúde mental.

ENTREVISTADOR – Como você vê possibilidade prática e real de implantação de estratégias que sejam, de fato, interdisciplinares, nos serviços de saúde?

ANA – Eu posso te colocar um exemplo do que está na *cidade b*? Dentro da rede de atenção a indivíduos usuário de substâncias psicoativas crianças e adolescentes, a *cidade b* implementou, ou está em processo ainda, a rede de proteção. Essa rede de proteção, ela se constitui de serviços que não são só da saúde, são os serviços da saúde, então, toda RAPS, mais a questão do judiciário e da educação e, também dos conselhos tutelares. É interessante a forma como essa rede está se construindo, porque a própria implantação da rede vem de uma prática interdisciplinar. Quer dizer, foi feito um diálogo com todos esses setores a secretaria de saúde, da educação, os conselhos tutelares, a promotoria... essa rede, então, tem como objetivo fazer com que o atendimento para essas crianças e adolescentes seja trabalhado a partir da interdisciplinaridade. Quer dizer, todos esses setores vão estar envolvidos, nessa rede de proteção de atendimento que visa contribuir para que essa pessoa seja atendida de forma mais integral possível, e é no princípio da equidade também. Então, acredito que é essa conversa, vou falar de novo, esse diálogo entre esses setores diferentes da sociedade, que ele é imprescindível para que a gente consiga fazer uma prática interdisciplinar que vá beneficiar, vá ter impacto, na saúde e também em outras áreas da vida do indivíduo.

ENTREVISTADOR – Nessa próxima pergunta, eu sei que você já tocou alguns desses temas, mas eu queria retomar: o que as práticas interdisciplinares poderiam trazer como diferença em relação ao que temos como convencional?

ANA – No convencional, a gente pode falar das consultas, da assistência, de cuidado somente da enfermagem, da assistência social, no sentido de entender como que é a vida social desse indivíduo e tal. Eu acho o que de inovador a

interdisciplinaridade traz é a forma como os diferentes problemas que esse indivíduo apresenta possam ser visualizados por pelos diferentes profissionais. Porque, às vezes, você tem lá: é a questão de que o adolescente não mora com a família, mora na rua, por que ele está morando na rua? E aí assistência social vai ver a questão: bom, então ele está morando na rua é... mas, enfim, vamos colocar lá “em situação de rua”, ou tem algumas vulnerabilidades e tal? Mas se ele, esse assistente social, conversa com o psicólogo que fez o atendimento para essa criança ou adolescente, ou usuário, ele vai entender por que ele está na situação de rua, se ele tem uma família que tem uma casa, certo? Então, por que ele está morando na rua, por que que deixou de viver com a família dele, quais foram as os fatores que levaram a essa escolha, né? E aí é muito mais e fácil. Mas é muito mais interessante para o assistente social também trabalhar outras questões que não só essa. Na rua, então, tem essas questões de vulnerabilidade, mas por que ele está na rua? Então, essa é a ação que o trabalho interdisciplinar faz... com que as diferentes áreas do conhecimento, tanto dentro da saúde quanto intersetoriais, consigam ver as diferentes facetas dessa situação em que o usuário se encontra. Então, é nesse sentido que eu vejo que pode se materializar a interdisciplinaridade: no cuidado, porque é muito complicado, às vezes, entender. Por exemplo, a gente tinha na saúde coletiva, estava supervisionando o *bairro*, uma vez, e aí tinha um monte de mãe que chegava com o pediatra e falava que tinha tido um relato da professora na escola que a criança era muito agitada, que não prestava atenção, não tinha concentração. Sei que, daí, a mãe chegava em casa do trabalho, a criança estava a mil, e ela estava cansada. Bom: então deve ter transtorno de *déficit* de atenção hiperatividade. Aí, chegava lá para o pediatra, já falava tudo isso, e aí o pediatra dizia: é, pode ser que seja mesmo. E aí, já manda lá para o psiquiatra, o psiquiatra nunca viu a criança também, às vezes é o único momento que ele vai ver, depois só daqui 6 meses, enfim. E aí, a mãe fala a mesma história, aí o psiquiatra dá Ritalina, aí a criança toma Ritalina. Então é um exemplo de práticas individualizadas que não se teve, assim, um acompanhamento. Até a própria ACS poderia fazer uma visita, o enfermeiro, e esses dados serem passadas pelo pediatra, o pediatra dizer: não, ele tem essa idade, então é por isso que ele faz isso, sabe? Então assim, eu acredito que se os serviços também, da atenção primária, unidades de saúde... dentro das unidades tivessem mais chances de conversar entre si, os profissionais, então a

atenção seria diferente para um usuário. É nesse sentido que eu acho que as práticas interdisciplinares podem se materializar, e podem contribuir para a atenção.

ENTREVISTA Nº 2

IDENTIFICAÇÃO	
Entrevistada (pseudônimo): ANTÔNIO	
Formação profissional: médico psiquiatra	
Maior título acadêmico: doutor	
Atuação profissional: professor em cursos de pós-graduação na área da saúde, conferencista, escritor, pesquisador.	
Tempo de envolvimento em estudos ou debates a respeito do trabalho em saúde mental: mais de 40 anos	
Data da entrevista: 19/08/2021	Duração da entrevista: 1h30min39s

ENTREVISTADOR – Qual sua opinião a respeito da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental? O que considera que seja a interdisciplinaridade do ponto de vista de conceito, e também de execução?

ANTÔNIO – Perfeito. Então, primeiro, eu acho que o conceito de inter ou de transdisciplinaridade, ou multidisciplinaridade, são muito, muito complementares. Não sei se a gente pode usar só inter, ou trans ou multi. Depende. As palavras, depende de quem as utiliza, e de como as utilizam. Você pode, por exemplo... expressões, eu falava antes de ontem com uma pessoa que dizia “eu sou preta”, eu falei, eu me lembro, eu trouxe aqui no Brasil, há muitos anos, um antropólogo que é vivo e chama Massimo Canevacci... eu estudei o Massimo quando era estudante de medicina. Eu conheci um livro do Massimo Canevacci sobre a família, o indivíduo e sociedade - uma coisa assim que chamava. E eu fiquei impressionado com esse livro, muito importante. Depois, conheci o Massimo conversando, brincando num congresso... eu falei: você é o máximo! Vamos trocar endereço e tal! E, quando ele escreveu, ele escreveu Massimo Canevacci, e eu falei: pô, mas você é homônimo de um autor que eu estudei quando eu era estudante de medicina, quando era acadêmico! Ele falou: não, sou eu mesmo. Aí, eu fiquei impressionado com essa disponibilidade, acessibilidade, generosidade dele, aí ficamos muito amigos. E o Massimo tem uma série de trabalhos sobre essa questão da inter, trans, multidisciplinaridade. Você poderia ter vários autores a discutir esse conceito. Ele fala da polissemia dos saberes e tudo. Então, eu acho que nenhum desses conceitos são suficientes. Eu falei que trouxe o Massimo aqui, quando ele veio no

Rio eu fui biscá-lo no hotel, eu ia levá-lo numa favela – na época chamava favela, agora chama comunidade, embora os movimentos de comunidade gostem de ser chamados de favela, porque eles acham que é importante. A CUFA, central de favelas, eles falam: você chama de comunidade e apaga a expressividade dessa comunidade que é uma comunidade favelada, que é com vulnerabilidades. Ele falou lá no hotel: eu vou agora numa reunião de pretos. Isso foi em 80 e alguma coisa, e um cara que estava no hotel, falou: olha, a sua expressão é racista, aqui no Brasil, o movimento de vanguarda, progressista, chama de negros. Até pouco tempo falava negros, agora, as pessoas falam: sou negro, sou preto e tal. Então, você pode usar a expressão “preto” de maneiras diferentes. Então inter, trans ou multidisciplinaridade também tem essa discussão. Porque há pessoas que falam que multidisciplinaridade é uma colcha de retalhos de saberes, aí você fala: vou discutir a questão da violência. Aí, bota um sociólogo para falar da violência na visão da sociologia, um outro polo, um psiquiatra, um perito, um advogado. Isso tudo dá um monte de saberes que não se encontram, que não se cruzam, cada um fala do seu ponto. Inter já estaria fazendo associações, e a transdisciplinaridade faria um corte transversal naquela linha, do conceito que o Gatari utilizou, da transdisciplinaridade, da transversalidade. Você repensa, você pode associar a violência doméstica à questão do tráfico, à questão das classes sociais, à questão do lugar social, à questão do lugar da mulher, do lugar etc. E fazer uma discussão complexa. Aí, talvez o termo de complexidade chegasse mais ampliado, mais amplificado, não sei qual dessa discussão da violência, por exemplo, sem compartimentar.

ENTREVISTADOR – Com base nisso, eu poderia inferir que a discussão sobre inter ou transdisciplinaridade levaria a uma aproximação da complexidade?

ANTÔNIO – Eu acho que sim, é nisso que eu estou chegando. Eu acho que uma outra forma de não fazer causas e efeitos. A sociologia vai dizer, talvez: é problema da classe social. O outro vai falar: mas na classe social você tem o papel da mulher, do gênero, tem a ver com o marxismo, com paternalismo, com sociedade patriarcal ou matriarcal, com relações de poderes, tem a ver com relações de conhecimento. Então, como construir reflexões complexas que sejam dessa natureza, que rompam com essa causa efeito linear de cada saber, de cada linha de conhecimento? Isso implicaria que a gente construísse não só uma aliança ou formas de inter-relacionamento de saberes, mas um outro saber. Esse é o grande desafio. E você

ter essa visão inter, trans, multidisciplinar, que seria a da complexidade, acho que essa é a grande questão. No caso da saúde mental, da psiquiatria, da loucura, eu sempre tive muito, como referência para mim, é importantíssimo, o Franco Basaglia. É pouco conhecido, porque, primeiro, ele é contra-hegemônico, não se ensina Basaglia no instituto de psiquiatria. Quando eu falei, naquela época eu já era moderno, recusaram o meu trabalho de conclusão de curso, eu tive que refazer, eu tive que refazer lá. Não sei se Langui, que é um profundo autor, filósofo, psicanalista, com uma formação humanística, do humanismo, das humanidades, como diz Boaventura, uma formação ampla sobre ciências sociais e humanas... a mesma coisa o Cooper e os outros, não entra. O Fanon, que agora está na moda, ninguém entra, porque são autores contra-hegemônicos, banidos da formação acadêmica, psiquiátrica e, em muitos casos, psicanalista. Porque o Basaglia também questionava a psicanálise, a sua relação de classes, o papel da psicanálise para a burguesia, e o Fanon também. O Fanon começa a "Psicopatologia do negro" falando que o modelo da família psicanalítica, da psicanálise, é um modelo austríaco, burguês, branco, ocidental, e que é uma estratégia de colonização. Você olha para as famílias das comunidades originárias indígenas brasileiras ou africanas, e fala: ah, mas ele não tem o pai no lugar do pai correto, ou a mãe no lugar da mãe; o pai é o que trabalha, produz, é o patriarca; a mãe toma conta da casa, faz a comida, toma conta das crianças, leva para a colégio. A família em outras sociedades tem uma estrutura societária completamente diferente. Eu conheci o Santo Daime, fiquei muito impressionado. Antes de ficar famoso, eu tive lá no Acre, conheci a comunidade originária do Santo Daime, fui a trabalho conhecer, e as crianças eram da comunidade, fiquei piradinho com isso. Elas não eram do pai, do filho. Se sabia quem era o pai, quem era a mãe, mas as crianças eram, digamos, nem eram propriedade, mas eram parte de um coletivo. Então, essas teorias psiquiátricas... então tem uma ideia de complexidade nessa concepção. E eu falava do Franco Basaglia porque eu acho que ele, talvez eu tenha essa admiração pessoal por ele por tê-lo conhecido. Me lembro demais da generosidade, do carisma do Franco. Depois, fui para a Itália e, onde eu falava do Franco, o motorista de táxi conhecia o Franco Basaglia, eu conhecia muito a Franca, trouxe a Franca para o Brasil, a viúva que, depois virou deputada e regulamentou a lei Franco Basaglia. É curioso que o Basaglia quase não tenha coisas publicadas aqui no Brasil, todo o mundo fala no Basaglia, no Basaglia, outro autor que eu digo que é assim é a Nise da Silveira, a

maior parte diz que adora a Nise... “o que você leu da Nise?”. “Ah, nem sabia que ela tinha livro!”. “Me cita um livro, uma passagem da Nise”. “Ah, ela não deixou dar eletrochoque!”. Essa coisa meio do mito, e o Basaglia mesma coisa. E o Basaglia utiliza um conceito da fenomenologia que, para mim, é fundamental: a *epoché*. A redução analógica, ou a suspensão analógica, ou a redução eidética, também vários momentos... o Husserl utiliza de forma diferente, que é o colocar o conceito entre parêntesis, ter um novo contato empírico, se pode dizer assim, ter um novo contato com a questão que você está lidando. Que o naturalismo fala: a coisa, o objeto. Que no nosso caso não é a coisa e nem o objeto, são os sujeitos. E que não é nem o sujeito, é a subjetividade. Então, ao você colocar a doença entre parêntesis, o transtorno, o sintoma, e lidar com a pessoa, você tem que lidar com as várias dimensões dessa pessoa, e isso a psiquiatria só, ou psicologia só, ou a psicanálise só, são insuficientes. Por esse motivo, eu falo a trans ou inter ou complexidade, ou essa ideia da complexidade, ela implica numa relação com o sujeito, e com o sujeito eu não tenho uma ciência exclusiva, e nem uma soma das ciências, eu tenho que construir outras formas de concepção. É lidar, e é um aprendizado que não se reproduz assim, da mesma forma que não se ensina ética, não se ensina moral, não se ensina reconhecimento. O conceito que o Axel Honneth, da escola de Frankfurt, utiliza... esse “outramento”, esse conceito não se ensina no sentido acadêmico, mas enquanto relações, da mesma forma que a sociabilidade, as culturas no sentido das tradições sociais e culturais são reproduzidas socialmente, nas histórias, ou comunidades, tipo de religiões, culturas e famílias. Então, é uma forma ampla de pensar as questões. Como eu reproduzo prática de solidariedade, de reciprocidade, de respeito, de consideração do outro, da experiência do outro? Tem muitos conhecimentos, tem muitos saberes que podem falar disso, mas não são exclusivos, nem suficientes, e muito menos exclusivos.

ENTREVISTADOR – Existem práticas de cuidado à saúde mental que podem favorecer ou desfavorecer a interdisciplinaridade? Quais seriam elas?

ANTÔNIO – Primeiro, deixa te falar um negócio: que eu lembrei do nome do existencialista, filósofo, psiquiatra, é o Medard Boss. Eu o conheci pessoalmente, e fiquei muito impressionado com ele. E o Basaglia, estava falando, dizia dessa questão do colocar entre parêntesis, que não é colocar entre aspas, você sabe disso! É um procedimento ético, filosófico, político, epistemológico de você ter uma

atitude. Então, essa é a atitude que o Basaglia tinha, quando da práxis dele. Ele ficou muito conhecido aqui no Brasil, especialmente. Tem várias falas dele quando ele veio no Brasil em 78, 79. Ele veio três vezes pro Brasil: em 78, outubro, depois em 79 veio duas vezes. Ele falou muito da frase do Gramsci, Antonio Gramsci, do... esqueci o nome, a forma com que a frase do Gramsci fala. No Basaglia, o pessoal que compilou aquele livro, o livro das falas, foi durante muitos anos o único livro do Franco Basaglia aqui. Em 78, 79 aqui, especialmente das falas de 79. Ele morreu em 80, logo depois ele saiu daqui já com sintomas graves, final de 79 e já teve muito mal. Então, esse livro, ele tem uma certa visão: primeiro tem muito mais questões relacionadas ao Brasil, ao momento brasileiro, nós estávamos no final da ditadura, nós estávamos naquele período do movimento da reforma psiquiátrica brasileira 78 e 79, criamos o movimento em 78, então, muito mais ávidos a perguntar, a conversar. Ele estava com a lei 180 recém aprovada, ou também chamada lei Basaglia - ela foi aprovada em 13 de maio de 78. Então, ele estava vivendo o alvoroço da aprovação da lei e, por outro lado, tinham questões da experiência dele, em geral. Então, aquele livro, ele não dá, em hipótese alguma, o retrato do trabalho de Basaglia como um todo. O outro livro que acabou sendo publicado aqui no Brasil, de Basaglia, que ficou conhecido é "A instituição negada", que foi publicado em 85. E esse livro foi escrito em 68, em Gorizia. Gorizia, eles fecharam o manicômio, aquela história toda, demitiram todo mundo, foram embora, não deu certo, voltou tudo, ele foi afastado, ele foi embora para os Estados Unidos, passou um ano com Gerald Caplan. Voltou para Itália, foi para Parma, foi para Trieste, em 70, dois anos de Gorizia a Trieste... que ele começou o trabalho em Trieste e, em Trieste, ele começou a experiência que podemos dizer hoje, da reforma psiquiátrica italiana, que nos inspirou. Ele começou, mesmo o trabalho em Trieste a partir de 73, a mudar. Depois que ele tomou pé, do domínio da situação, que ele começou a criar as cooperativas, as residências, fechar os pavilhões, foi em 73. Então, deste período, quase não tinha nada aqui no Brasil. Esse livro das conferências brasileiras do Franco Basaglia, o livro chama "O otimismo da prática contra o pessimismo da razão" ou vice e versa, "O pessimismo da razão contra o pessimismo da razão" ou "Otimismo da prática", que é uma frase truncada do Gramsci. Gramsci fala da importância que, muitas vezes, os intelectuais racionais levantam tantos obstáculos, tantas questões que não chegam à prática, e certas coisas. Você tem que mudar como a revolução, o Gramsci falava. A prática política tem que fazer, tem que começar. Começar onde?

Aqui e agora, comigo. Você pode dizer: a sociedade muda, outro mundo é possível se eu começar a mudar com meus alunos, com minha mulher, com meus filhos, com meu vizinho. Então, eu vou mudando a relação que eu tenho com a mulher, com o negro, com outro, com o louco, com a diferença. Então, essa frase ficou meio que uma caricatura de Basaglia. Na verdade, então, ele era um cara com uma forte formação científico filosófica, eu vi muitas pessoas falando, inclusive aqui no instituto de psiquiatria: ele é um cara que fala de filosofia, sociologia coisa e tal, mas de psiquiatria mesmo ele não fala, ele não discute esquizofrenia. Ele não quer! Ele fala: eu não vou discutir esquizofrenia, vou botar entre parêntesis esse conceito. Bleuler já dizia que não significa nada, Bleuler que usou pela primeira vez a expressão e outros tantos... Kraepelin mesmo e outros tantos falam e, até hoje, esse conceito está lá na antipsiquiatria. O Laing e o Cooper batem nesse conceito, eu quero é lidar diferente com essa pessoa, então por que ele é esquizofrênico eu acho que o discurso dele não tem valor? É delirante, é alucinatório, é irracional, e eu tenho que corrigir! Aí, para isso, eu dou remédio, dou choque, dou porrada, dou choque, boto na sala forte, faz o diabo a quatro, e o Basaglia dizia: então, é diferentemente. Então, eu acho que nessa relação que você pergunta, a questão está ao colocar entre parêntesis a doença, não lidar com a doença, é eu lidar com o sujeito, e aí tentar entender a complexidade das demandas dele enquanto pessoa... o desejo, quantos projetos de vida. O que o Basaglia dizia: a gente sempre faz uma nosologia do negativo, o que que a pessoa tem de ruim, de errado, que está fora do normal, e nunca fazemos uma pergunta – o que que você gosta, qual a sua capacidade, que habilidades você tem pra pintar, pra música, para arte, pra relação, pra atendimento, pra limpar uma casa, pra fazer comida, qualquer coisa? Nós temos que encontrar outras habilidades e responder. Então, ele falou: por esse motivo não é o problema de fazer o diagnóstico, dar remédio ou melhor forma de instituição, aberta ou fechada, eu tenho que ter respostas no nível da arte, da cultura – que são linguagens, são mediações sociais, culturais – tem que ter respostas na área do trabalho. Ele começou a criar as cooperativas de loucos, de usuários, que foi o “*laboratorio unite*”, trabalhadores unidos, depois ficou com o nome “*laboratorio unite* Franco Basaglia”, em homenagem a ele. Primeira cooperativa pagando as pessoas, foi uma briga em Trieste... “não pode receber porque eles são pacientes”, então ele deu alta. “Então não pode porque não tem casa”, “então eles vão ficar hospedados como convidados, numa categoria de hospede, e não do interno”. Como você pode

hospedar um psiquiatra visitante, tinha lá um pavilhão, como tinha os residentes, ele criou um pavilhão de ex-moradores, ex-internos, que passaram a ser membros da cooperativa. Então, ele criou uma rede de cooperativas fantástica, de várias cooperativas, cooperativas de rádio e televisão, depois o cara foi desenvolvendo, após a morte dele e, primeiro, trabalhadores unidos de *trabalho*, cooperativa de agricultura sem agrotóxico, cooperativa de ensino de língua italiana de exilados iugoslavos... fugiam da Iugoslávia e ficavam perambulando em Trieste, pedindo dinheiro, não falavam, então é visão social e política do Basaglia, de oportunidade, não oportunismo. Ele cria uma escola, e cria um espaço social, diminui o medo, a aversão da sociedade italiana conservadora com esses estrangeiros, ensinando a língua, e ensinando a língua ele cria a oportunidade de ter trabalho, de ter um diálogo social. Então ele criou uma escola de alfabetização de adultos migrantes em italiano, criou uma escola de agropecuária sem agrotóxico para crianças com síndrome de Down, e outras. E foi criando umas possibilidades. E aí as cooperativas de arte, de projetos de arte e cultura também, teatro, cultura, as associações, o trabalho de descobrimento do território, a ideia dos voluntários que ele dizia. Então, Trieste além de ficar um centro importante de formação psiquiátrica, alternativo, sempre foi um centro de formação de física, em Trieste tinham três prêmios nobéis de física, um centro de física teórica, então grandes nomes da física, então vai estudantes do mundo inteiro para estudar em Trieste, tem uma grande universidade. Além da física e além da psiquiatria, também de filosofia e de música, de teatro, então ele começou a criar espaço para estudantes de outras áreas, para serem voluntários, para passearem com os loucos, os usuários, e dava uma pequena bolsa, e muitas das vezes o usuário que pagava. O usuário ganhava o subsídio, tipo uma bolsa de volta para casa, e o psiquiatra que o acompanhava orientava: olha, parte desse dinheiro você vai usar pagando um acompanhante. Eles chamavam de acompanhantes, nem psiquiátrico, nem terapêutico, só acompanhante ou voluntário. O voluntário é um voluntariado porque não tem uma relação de trabalho, mas podia receber e, então, ganhava não sei quantas liras, na época eram liras, então você vai ganhar, ele vai pagar, e está feito o acordo. A equipe de saúde mental do CAPS lá, que não chamam CAPS, centro de saúde mental territorializado, é que acompanhava isso. Então isso foi mudando a cara da cidade e, depois de muitos anos, eu acompanho Trieste até hoje, o número de pacientes psiquiátricos usuários foi diminuindo, porque aqueles hospícios tinham pessoas de todas as cidades e de

outros países, como acontece com hospícios no Rio de Janeiro, Juqueri, São Paulo, e não é só no Rio de Janeiro. Aí, isso foi reduzindo, foi reduzindo porque não se internavam mais, a opção não era mais colocar ali dentro, foram sendo extraídos, desospitalizadas as pessoas, foram sendo criadas outras alternativas de cuidado, de tratamento, e foram sendo também descentralizados os serviços CAPS pelas cidades, e não precisava mais ir a Trieste se tratar. O que aconteceu... Trieste criou uma tecnologia, ou uma habilidade, em lidar com pessoas com necessidades diferenciadas. Então, boa parte desses operadores de saúde mental, que é outro conceito que eles utilizam, ou voluntários, continuaram atendendo, depois, com idosos, porque, por outro lado, foram diminuindo os chamados usuário de saúde mental, e foram aumentando os idosos com necessidades de cuidado. Trieste é agora, não sei mais, tinha a segunda população mais idosa da Europa, perdia apenas para Viena. Então, eu me sentia um garoto lá, já com 40 e tantos anos. Saía naqueles cafés, e aquelas senhoras de oitenta e tantos anos, aquela longevidade, aquela... eu ia comprar o presunto numa lojinha perto de casa, queijo, aí tinha os caras que iam diariamente, os velhinhos, que é uma atividade social também, comprar um *etto*, que eles falavam, que é 100g de presunto e 100 g de queijo. Aí pegava tudo fresquinho, é uma atividade do dia a dia. Tinha um velho atendendo, pedia 100g disso, depois 100g daquilo, depois 100 daquilo, aí ficava na fila, todo mundo pacientemente esperando. Quando entrava um, aí ele falava: *buon girono!* Anunciava que ele sabia que tinha entrado, e qual era a fila. Eu ficava impressionado com isso. Aí, há pouco tempo, eu falei com Franco Rotelli e ele falou: agora nós somos cuidadores, boa parte de idosos que é o que a cidade precisa, ela não tem a mesma demanda que teve há anos atrás, com a saúde mental. Então é isso, eu acho que dentro da complexidade, é isso. A pessoa não está com um problema só, e o problema mental hoje não é do transtorno, é da senilidade, é da falta de sociabilidade pela idade, as pessoas têm menos tolerância, menos espaço para os idosos, menos paciência, menos espaços de... então, é tudo isso sendo criado, eu acho que essa questão do cuidado como um todo. Só para encerrar, eu lembrei de duas coisas: lá no início, quando eu falava da interdisciplinaridade, multi, trans, complexidade, um conceito fundamental no campo da saúde coletiva, que sua orientadora conhece bem e que eu concordo muito bem, é o da determinação social do processo saúde-enfermidade. Não é determinantes, para não apontar que são fatores individuais, individualizados, ou enumerados, ou isoláveis, isolados, é isso ou

aquilo que causa. É uma discussão complexa, ampla da determinação social. O que entra economia, sociedade, cultura, tradição, do processo saúde-enfermidade? Então, não é nem promoção da saúde, nem determinantes da saúde. Determinação social do processo saúde-enfermidade! Dentro desse conceito da determinação social do processo saúde-enfermidade, tem um conceito que é o da saúde ampliada. Então, assim: saúde não é só tratamento de doença, não excesso de doença, não é serviço, saúde é todo um conjunto de aspectos que diz respeito à vida, defesa da vida, qualidade da vida, nem só uma banalização... esporte é vida, esporte é saúde, segurança. É de pensar isso complexamente, é de cuidado, então o cuidado tem a ver com isso tudo. Vai desde uma visão humanística, religiosa, de Leonardo Boff, de compaixão com o outro, como os religiosos utilizam, tem várias interpretações essa ideia de compaixão. Mas para Leonardo Boff não é uma coisa só filantrópica, caridosa, mas de reconhecimento do doutro, então de cuidado. Há outras formas de cuidado que vão... assistência médica, atuação de complexidade, o que também não é sinônimo, é uma discussão antiga que eu faço, mas contra-hegemônica, sou meio isolado, de clínica ampliada. Não é ampliada a clínica! Para mim, a grande questão está: se você coloca a doença, o transtorno, o erro, o defeito entre parêntesis, também a relação que eu tenho com essa pessoa, com essa experiência, está entre parêntesis... deve estar entre parêntesis, deveria estar, então, a clínica. Deveria estar entre parêntesis e não ampliada. Para quem leu Foucault e entendeu a crítica, no sentido epistemológico, que Foucault faz à clínica, ao nascimento da clínica, ele diz que a clínica é uma redução da experiência humana objetivada como sintoma, como expressão de uma doença. Então, do inclinar-se sobre a doença, do *clinus*, é dobrar-se sobre a doença. A clínica ampliada tem o risco de dizer que tudo que você faz com o sujeito é clínica, e não é. Fazer música, e aprendi isso nada mais, nada menos que com Gilberto Gil, comigo falou: música é música, não é musicoterapia. Você pode até dizer que música tem efeito terapêutico, claro, a música tem, mas comer também tem, se você não comer você morre, então a música, a gente faz música porque, falando de Gilberto Gil, porque precisa, entende? Então, vai definir isso! Eu faço arte por quê... um cara pintor, falei do Leonardo da Vinci, o cara faz aquilo porque precisa. A Nise falava muito disso dos artistas, o espaço que você dá para a pessoa não é que seja arte terapêutica, ele faz porque ele se auto-organiza com a música, com a poesia, ele dá significados, ele produz sentidos de alguma forma para ele e pra sociedade. Ao ver uma arte de alguém, principalmente no caso

das pessoas ditas loucas, eu sou contaminado com a visão que essa pessoa tem, na forma como ele vê o mundo e como ele me vê vendo ele, vendo o mundo dele, então isso é muito legal, isso muda muito. Então, isso eu acho, que essa relação entre cuidado, essa outra forma de pensar o cuidado, a relação ou mesmo a clínica de, entre parêntesis, é essa noção de transdisciplinaridade, que transcende as disciplinas, e isso que eu queria falar.

ENTREVISTADOR – Nessa tarefa de explorar esse objeto que é complexo, e que é o sujeito ou a subjetividade, algumas mediações foram necessárias na experiência italiana como, por exemplo: mediações sociais, mediações em relação ao trabalho, mediações culturais. O cuidado interdisciplinar a pessoas que têm algum transtorno mental, eles carecem de atitudes que sejam intersetoriais nas políticas públicas, ou não?

ANTÔNIO – Carecem, claro. Eu acho que é isso que eu estou falando. Em um certo sentido, eu sempre falo assim: olha, a reforma psiquiátrica, começo, em geral, falando isso que nós queríamos, que nós pretendemos: não é uma reforma de serviço, de modelo assistencial só, é uma reforma da relação com o outro, é uma relação social que se estabeleceu com a ideia de loucura, de transtorno, de diferença, de diversidade, da mesma forma que se estabeleceu com raça, com cor, com gênero, com sexualidade. A sociedade, você vai ver... homossexual é do mal, é erro, é isso e aquilo, religião também, raça, negro, índio, população indígena. Então, se construíram saberes, tem a ver com toda uma visão da construção social, da hegemonia social que, você pode dizer, é uma hegemonia branca, ocidental, europeia, masculina. Tudo tem a ver com uma certa ideia de modelo social, tem a ver com capitalismo, com a colonização no mundo inteiro. Então, a ciência tem um papel colonizador ao produzir, Boaventura chama de epistemicismos, o assassinato dos saberes populares, dos saberes não científicos, até que a ciência incorpore. Com a acupuntura foi assim “a acupuntura é papo furado”. Aí, a medicina conseguiu transformar em especialidade médica, aí viram um certo respeito sobre essa prática, aí você tem toda uma história sobre como esses saberes se constituem em práticas dominantes e passam a ser, é o que o Thomas Szasz chama de paradigma, um consenso provisório entre aqueles que fazem a ciência, têm um poder de fazer a ciência – Isabelle Stengers, “Ciências, poderes e tal”, aquele livro dela. O que é verdade? É o paradigma dominante que é algo provisório, consensual, feito por

aqueles que podem falar em nome. Então, eu acho que, além de respostas, tem que ter política. É a mudança do lugar social, que é um conceito das ciências sociais e humanas, o lugar social é esse lugar que também pode ser físico... um gueto, uma favela, um beco, uma prisão, uma instituição, mas que também é simbólico: o lugar da mulher é na cozinha, a mulher é burra, a mulher tem que pilotar fogão, o negro é incompetente, os índios são preguiçosos. Toda essa construção que as ciências contribuíram na questão da raça, claramente os trabalhos de Bufon, de Morel, falando das raças inferiores, degeneradas, a teoria das degenerescências... são raças degeneradas como negro, indígenas, a raça mesmo pura é a branca, a ariana. Aliás, o Morel está muito na raiz do movimento italiano fascista, nazista, e a psiquiatria contribuiu muito nessa ideia de loucura transformada em alienação mental primeiro, alienação que é um conceito importante. Alienado é aquele que está fora de si, fora da razão, da sua capacidade, distúrbio na razão como dizia Pinel. E a incapacidade da razão plena, então, é alienado, o sujeito e alienado, que vem da mesma origem etimológica de alienígena, de *alien*, é de outro mundo e de outra coisa, então. Esse outro cara de fora precisa ser dobrado à razão. Como dizia Pinel: tratamento moral. Se não for no consenso, vai na raça, bota na cadeia, prende, amarra, deixa com fome, faz, na época, aplicação elétrica, não era a eletroconvulsoterapia, se faziam aplicações elétricas, choques mesmo, banhos frios, outros tratamentos. Então, essa é a ideia de que o alienado está fora, está incapaz. Ele, inclusive, quando se constrói o pacto social contemporâneo no conselho de cidadania, que é cooperado na antiga Grécia, o louco fica fora da ideia de cidadania. Então, só seria cidadão depois de tratado, se ele fosse, e aí que o Pinel que, curiosamente, foi deputado constituinte ao mesmo tempo que o alienista, construiu esse conceito. Então “o alienado”, depois por muito tempo o termo “degenerado” entra em coisa, mas era degeneração mental. Outro conceito que ficou, uma certa época, como conceito dominante de loucura e de doença mental foi o de psicopatia. Psicopata, inclusive, a assistência médico legal aos alienados criada ainda na época de Teixeira Brandão, depois o Juliano Moreira foi diretor, não sei se é “médico legal aos alienados”, o hospital chamava “nacional de alienados”, depois passou a chamar “hospital nacional de psicopatas”, na época de Getúlio, com Adalto Botelho, o “hospital de psicopatas e assistência nacional a psicopatas”. Depois, psicopatia com Kashner ficou vinculada a essa ideia de distúrbio de personalidade, são todos do “tp” que a gente fala, mas depois doença mental, depois transtorno. Então, eu acho

que toda essa história da psiquiatria e vários conceitos que surgiram na psiquiatria que foram apropriados como, por exemplo, idiotia, bestialidade, cretinismo, ajudaram a construir essa ideia do louco como o incapaz, perigoso, a ideia de periculosidade, alienado, é aquele que perdeu a razão. A razão, de acordo com Descartes, é o marco da humanidade. O homem é racional, o resto é irracional. Então o louco, essa foi a discussão do Foucault a partir do Descartes, e vários autores criticaram Foucault que, quando ele diz que o Descartes diz “na loucura e do delírio no sonho à perda da razão completa”, o Foucault teria radicalizado a interpretação desse texto. Mas bem, é uma discussão. Mas, então, a ideia do cuidado implicaria a mudança desse lugar social que a psiquiatria contribuiu muito para constituir, romper com isso significa abrir outras possibilidades, por isso eu sempre falei: a reforma psiquiátrica brasileira, fui voto vencido, não conseguiu contaminar, sensibilizar a pauta da educação, mudar a discussão, na educação, da reforma psiquiátrica, Da saúde mental na faculdade de medicina, na faculdade de direito, na faculdade de antropologia, serviço social, de farmácia, de enfermagem, de psicologia. Algumas faculdades incorporaram alguma discussão mais crítica, outras não continuaram formando. Então, mesmo com Haddad lá no ministério da educação, nós não conseguimos chegar lá, não conseguimos chegar devidamente no ministério da cultura. Eu comecei com esse trabalho na época do ministro Gilberto Gil, depois o Gil teve que sair e o próprio governo do PT desmontou a pauta da cultura, nessa ideia da intersectorialidade, a cultura voltou a ser lei do Sérgio Paulo Rouanet. Aprovar as belas artes, até vou fazer uma correção, o que nós apoiamos não são as belas artes, as belas artes são um conceito da hegemonia, as belas artes são quais? Aquelas que eu faço e que você não vai fazer! As outras são artes brutas, precárias, degeneradas, os artesanatos, no máximo. O Eduardo Galeano tem uma coisa que ele fala: os ninguém. Os ninguém são pessoas que não se considera, que têm religião, têm preconceitos, têm... ele usa outra expressão “têm seitas”, que não fazem arte, fazem artesanato; que não falam línguas, falam dialetos. E aí vai descaracterizando, que é tudo coisa da hegemonia. Então, eu acho que é importante que nós tivéssemos, e conseguimos alguma coisa com o professor Paul Singer, que foi um grande amigo e aliado, ele faleceu, fazer no ministério do trabalho uma secretaria de economia solidária, que abriu muita perspectiva pra essa questão da economia solidária na área da reforma psiquiátrica, que abriu muita perspectiva com Gilberto Gil naquele pequeno intervalo de quatro, cinco anos, de fazer uma política

de cultura para a área de saúde mental e na área de direitos humanos. Com o Paulo Vannuchi, que teve uma concepção de que direitos humanos, defesa de direitos humanos não é só lutar contra a violência, contra determinados seguimentos sociais, negro, indígenas mulheres e tal, vulneráveis, loucos, mas é propiciar condições para que essas populações consigam falar de si, serem vistas, entende? Que elas consigam ter espaços de teatro, de música, de cinema, de produzir vídeos, de produzir espaços de cotas na universidade, foi tudo isso com Paulo Vannuchi e, logo depois, ele foi duramente atacado, foi desmontado. O trabalho dele do PNDH 3, que é o programa nacional de direitos humanos 3, foi essa que ele fez, que cria as cotas em universidade, as cotas de trabalho, as possibilidades em teatro, de acessibilidade... você tinha que ter no teatro espaço para um cadeirante entrar, você tem que ter audiodescrição para a pessoa que não vê, para saber o que que tá sendo falado em um cinema visto, então, muitas dessas coisas nasceram nesse contexto. Mas então, as políticas intersetoriais de residência, sempre foi uma dificuldade criar moradias, espaços de proteção, de educação, de cultura, de lazer de esporte. Foram tudo assim, muito... então, a saúde mental e a reforma psiquiátrica ficaram meio caminhando um tanto sozinhas ou, quase principalmente sozinhas, sem o acompanhamento adequado de outras políticas sociais, e fala de seguridade social, de assistência social e outras mais.

ENTREVISTADOR – Já que estamos falando de políticas públicas, você acredita que existiriam maneiras ou formas de incorporar, na formação dos profissionais, essas ideias? E queria saber: isso poderia ajudar na investida interdisciplinar e em relação à complexidade?

ANTÔNIO – Acho. Acho que de duas formas principalmente: Carlos Gentile de Mello, médico, professor, nosso amigo, um dos fundadores do CEBES, Maria Lucia conheceu bem ele, ele dizia que não há reforma curricular exitosa se não tiver reforma do mercado de trabalho, não adianta você formar médicos de família se não tiver mercado de médicos de família. Então, uma das questões que eu sempre fui crítico é essa: nós criamos médicos de família, mas não criamos uma política de trabalho para médicos de família. A maior parte dos programas dos núcleos de saúde da família, estratégias de saúde da família, foram terceirizados, precarizados, foram contratos precários que o prefeito fazia e, depois que ele saía, o outro prefeito tirava todo mundo, botava seus aliados. Não criamos uma carreira profissional de

Estado do médico de família. Sérgio Arouca defendia muito isso, dizia: o médico de família, assim como em Cuba ou, assim como no Canadá, assim como em outros países, na França, ou assim como aqui no Brasil um promotor público, um delegado, um juiz, é uma carreira de Estado. Ele não pode ficar dois anos, três anos até o prefeito sair, e sair. Tinha que ser aberto concurso e ser negociado isso com lei de responsabilidade fiscal, com tudo, qualquer coisa, para criar quadro básico de equipe de saúde da família, de médicos, de enfermeiros, de psicólogos, de dentistas, o que fosse... uma carreira. Então, mudou o prefeito, mudou! O promotor continua sendo, lá, do ministério público; o delegado não tem a ver com o mandato de prefeito que, no Brasil, estão fazendo. Mais do que isso, essa terceirização via essas ONGs, cooperativas, fraudes de cooperativas, a mesma coisa aconteceu com os CAPS, com os serviços, com os centros de convivência e a atenção psicossocial, não houve um investimento efetivo na criação. Então, a ideia de você ter um mercado efetivo, o cara entra e fica, tem um salário e tem uma estabilidade para trabalhar e poder se dedicar ao trabalho, mais do que dentro do CAPS ou da unidade da saúde da família, ao território. Que essa ideia, ele precisa ir ao território, ir na associação conhecer o líder, conhecer o chefe do bombeiro, o líder da comunidade, ele tem que conhecer o pastor, ele tem que conhecer a professora que tá encaminhando para o CAPS as crianças com TDAH ou com suspeita de TDAH, ele tem que ir, lá no conselho tutelar, ele teria que fazer articulações sociais, comunitárias, territoriais. Então, isso é uma coisa, a outra tinha que ter programa de formação, investimento efetivo nesses programas de formação de atenção psicossociais. Eduardo, eu, segunda-feira que vem, vai começar o curso de especialização que eu coordeno na *instituição q!* Já aposentei e curso continua. Esse curso, na época do governo Lula, foram feitas reuniões com os cursos de saúde mental no Brasil e nós não éramos convidados, por quê? Exatamente por essa posição crítica. Primeiro, os cursos que eram apoiados pelo ministério da saúde eram cursos absolutamente instrumentais, ensinar como mede o trabalho em CAPS, ensinar a fazer isso, fazer aquilo, não dava nenhuma leitura crítica, colocar em discussão o conceito de transtorno. Quando saiu a portaria, um pouco antes dessa primeira reunião em 2002 que cria os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, aquele negócio... CAPS infantil, e cria a obrigatoriedade do paciente do CAPS, para ser atendido, tem que ser paciente, portanto tem que ter um diagnóstico psiquiátrico, eu fui contra! Mas não, não pode! Lá na Itália, em outros locais do mundo, você pode querer ir num CAPS ser ouvido

por um psiquiatra porque você tá ansioso, tá deprimido, tá insegura... tá entendendo? Por essa ou aquela situação! Isso não implica, não deve implicar, num diagnóstico psiquiátrico. Mas o ministério da saúde do governo do PT insistia que, para pagar o CAPS, o paciente tinha que ter um diagnóstico, que passou a pagar o CAPS como pagava o setor privado, por ação por consulta, tá entendendo? Então, no caso que era por APAC, acho que você, jovem, não chegou a pegar – a autorização de procedimento de alta complexidade, é como fosse isso, uma consulta que você vai num médico de um plano de saúde, lá você é atendido, assina aquele documento do plano, e com esse documento a clínica cobra do plano. O SUS começou a fazer isso! Foi um equívoco. Então, é como fazer, eles falavam, a qualidade, o acompanhamento, a pessoa vai, é atendida, eu boto lá “atendi o fulano” ... uma pessoa com mal-estar, com ansiedade, com insônia, com tristeza, com depressão - não, necessariamente, esses conceitos significam um transtorno, você pode estar deprimido e não ser a depressão maior ou qualquer coisa. Então, os programas de formação, eles ficaram muito instrumentais, estou dizendo naquela divisão de Habermans, de agir instrumental comunicativo, nada comunicativo, nada crítico, de pensar, de refletir. Então, eu acho que seria importante que o ministério da saúde pudesse criar uma ação interministerial de criar possibilidades, o ministério da educação, ver que locais tão fazendo faculdade de saúde, estavam discutindo SUS? A maior parte não, quantos médicos eu peguei na *instituição q* e perguntei “o que é o SUS para você?”. “Ah, o SUS é ali na Avenida Presidente Vargas, é o prédio”. É, mas sem nenhuma caricatura, pensavam o SUS como a secretaria de saúde! “Mas, você sabe quais são os princípios do SUS, teve alguma disciplina na sua faculdade que discutisse o SUS, a reforma sanitária, as bases éticas epistemológicas, os princípios do sus?”. “Não”. Então, da faculdade de medicina, nas formações de residência, então eu vi uma residência de psiquiatra de São Paulo, o cara não tinha uma discussão sobre epidemiologia, epistemologia, saúde e sociedade, ciências sociais e humanas. As visões que a sociologia tem, Friedman, tantos autores escreveram sobre a medicina... será que não é importante o que sociólogos, antropólogos, filósofos, Foucault, escreveram? O nascimento da medicina social, o nascimento da clínica? Não. Porque estudar medicina é estudar doença e tratamento. Então, nós poderíamos ter feito essa mediação com a faculdade de saúde, de formação na área de saúde com políticas setoriais, criar espaços aí nos planos de habitação, de criar políticas. Você não tem comunidades, residências para

minha casa minha vida, não teve um plano de criar residências para ex-moradores de hospitais psiquiátricos, então, muito difícil, foram muito pequenas, assim. O plano de cultura foi só no Gilberto Gil. O Gil saiu, o Juca Ferreira continuou. O Juca saiu, entrou aquela socióloga Marta Suplicy, São Paulo acabou com a política que o Lula fez, voltou a ideia de que cultura... o conceito de ponto de cultura do Gilberto Gil foi fantástico! Quando ele virou ministro da cultura, as pessoas começavam a procurar igual procura ministro da saúde: “ah ministro, eu queria criar um hospital na minha cidade, um centro de cardiologia, uma clínica pediátrica”. e o Gil a mesma coisa, todo mundo, os prefeitos querendo um teatro, um cinema, uma escola de música. Olha, cultura, essa é uma concepção de cultura: o teatro do modelo grego, o teatro tradicional. A cultura está espalhada pelo organismo social da mesma forma que os pontos de acupuntura energéticos estão espalhados pelo corpo, você precisa localizá-los e massageá-los. Quais são os pontos de acupuntura da cultura? Os centros de umbanda, os centros de escoteiro, os centros de música popular, as bandas marciais, você tem tanta coisa que você pode concordar ou discordar! Os centros de mulheres bordadeiras, o centro de cultura tradicional dos gaúchos, você tem que pegar esses lugares e saber: “vocês têm apoio?”. “Não”. Então, ele fez a ideia do ponto de cultura, distribuiu recurso mixaria... no Rio, várias escolas de samba de loucos, “tá pirado, pirando, pirou”, “loucos suburbanos”, viraram ponto de cultura. E aquele dinheirinho fazia com que se pudesse ter um ou dois estagiários o ano inteiro fazendo articulação, articulando as oficinas de música, de elaboração de fantasias junto com os CAPS, com as oficinas de trabalho, então, criou uma dinâmica, isso é a ideia de cultura. Então, onde tem pessoas que fazem maracatu, capoeira, isso tudo é a gente. Vivem, às vezes, resistindo. Capoeira é tão unida na Europa, tem centros de formação de capoeira milionários, tenho amigos que dão aula de capoeira, o cara paga uma grana, aqui no Brasil é negócio da favela, negócio do coisa. Centro de outros... centros de rap, de *hip hop*, de fanzine. Então é isso, a gente não conseguiu utilizar essa rede intersetorial tanto de políticas públicas, quanto de iniciativas sociais. Isso era um pouco a ideia do Gil. Fizemos, muito bonitos os anos em que estivemos com ele, nós conseguimos articular oficinas trabalhos, redes reais de iniciativas culturais.

ENTREVISTADOR –Em uma perspectiva interdisciplinar, existe a chance de as disciplinas perderem tanto os limites a ponto de não serem mais

reconhecidas? Ou há alguma estratégia para que elas se conectem, mantendo ainda particularidades que são essenciais?

ANTÔNIO – Então, eu acho que, em primeiro lugar, eu queria te falar o seguinte, esse nome Frankstein, que eu lembrei de um livro, não sei se você conhece, chamado “Einstein, Gertrude Stein, Wittgeinstein e Frankstein”, de John Brockman, que é muito interessante, ele fala, então dessa crítica epistemológica como Frankstein, como sendo mais do que um livro, como sendo, na época de terror, um conto de terror. A história era uma crítica a uma certa concepção de mundo, de vida, da ciência, da capacidade da ciência, desse modelo do dividir para conhecer. Você vai dividindo cabeça, tronco e membros, falange, falanginha, falangeta, depois você descobre um pedacinho e some. Então, eu acho que a complexidade, a ideia de complexidade que é um referencial – para não falar paradigma, só para não ferir aos defensores dessa ideia da complexidade, de que não é um outro paradigma, é uma nova concepção de produção de conhecimento, de relação com a vida, com a realidade – e todos esses conceitos são absolutamente provisórios, todos, realidade real, entendendo? Fantasia, erro, senso comum, todo, ideologia, tudo isso. Então, eu acho que é uma nova proposta, mas contra-hegemônica. O positivismo, o racionalismo positivista mecanicista tem a ver com o materialismo, com certa ideia de mercado, você quantificar as coisas e você objetivar as coisas, você transformar as coisas, os significados em objetos, mais do que isso em produtos. E comercializar, industrializar, mercantilizar isso tudo. Então, é muito difícil essa racionalidade, ela é na contramão de todo o modelo social que nós sabemos. Por exemplo: um clássico estudo, já muito ultrapassado em muitos aspectos, que pode ser utilizado, do Boaventura de Souza Santos, aquele discurso sobre a ciência, ele fala: você tem uma crítica, existe uma crítica epistemológica à ciência, ao modelo da ciência, uma crítica interna à epistemologia, você colocar os conceitos, os referenciais teóricos da epistemologia do positivismo e tal; por outro lado, tem uma crítica externa que é sociológica, que é histórico-sociológica. Esse modelo positivista, quantificador, materialista, objetivante, está transformando a vida, a natureza, em algo inviável. Daqui a algum tempo, nós não teremos – as pessoas já estão falando, o último relatório da ONU diz que nos já causamos alterações irreversíveis na natureza, que agora vamos esperar a natureza se auto-organizar– não saberemos para onde que vai, podem existir grandes catástrofes. Então, talvez, essa questão da pandemia, do vírus, de outros que já estão surgindo aí, das outras doenças agora pandêmicas e,

cada vez mais, serão mais pandêmicas com o tráfego aéreo, está entendendo? Tráfego internacional. É algo contrário à gripe espanhola que, o cara pegava um navio em nova York, chegava dias depois, eventualmente, um avião... uma ou duas pessoas. Agora, são milhares de pessoas cruzando de país em país e tal. Então, talvez esse fator externo venha a fazer uma alteração dessa hegemonia, isso que eu queria dizer com muito cuidado. Por outro lado, eu acho assim, que se isso ocorresse, essa mudança de hegemonia, do modelo nacionalista positivista objetivante para, da disciplina – esse conceito é muito problemático – aí você já deve ter discutido isso, o poder disciplinar, conceito fundamental em Foucault na construção da sociedade contemporânea, sociedade de disciplinas como Deleuze falou. Foucault inaugurou a discussão da oposição da sociedade absolutista com a sociedade disciplinar, depois ele fala da sociedade de controle, você tem esse texto do Deleuze, né? Esqueci o nome dele agora. Então, o conceito de disciplina, ele é muito interessante porque ele fala tanto da disciplina militar institucional, da imposição de uma regra, de um regime interno, de uma postura de um corte de cabelo, de um uniforme, de toda uma normalidade. A escola normal, tudo isso, é com esse modelo, é toda essa discussão quando a gente fala de transdisciplinaridade, mas nós estamos presos a esse conceito de disciplina. Então, transaberes, intersaberes, saberes complexos, complexidade dos saberes, talvez fosse outra forma de falar genericamente, mais amplamente, e se desamarrar dessa ideia de disciplina. E eu acho que, ao se construir essa nova forma... claro que nós sempre teremos determinadas singularidades de olhares, por natureza mesmo, como eu falei. Eu comecei esse trabalho como médico e isso, claro que impregnou a minha vida, o meu olhar, está entendendo? Eu, como também tive uma formação de música, de arte, de literatura, isso também me impregnou. Então você pode ter princípios, referenciais de saberes. O saber da psicologia, da psiquiatria, do psíquico, ele tem determinadas narrativas, determinadas linguagens, determinadas formas de pensar, de construir, que não podem ser, não devem ser totalmente desaparecidas. Quando se fala em sociologia, por exemplo, você pensa as relações mais amplas, coletivas. O individual também, você fala do psíquico individual, mas não existe o indivíduo sem o outro. Então, eu acho que mais se construiria uma outra forma de pensar, eu acho que uma das pessoas que ajuda, já falei dele uma duas, três vezes é o Boaventura e o Morin, que eu gosto muito. Ouço, penso muito nessa ideia de complexidade e tal a partir do Morin e do Boaventura de Souza Santos.

ENTREVISTA Nº 3

IDENTIFICAÇÃO	
Entrevistada (pseudônimo): CLARICE	
Formação profissional: médica psiquiatra	
Maior título acadêmico: pós-doutora	
Atuação profissional: professora em cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, pesquisadora.	
Tempo de envolvimento em estudos ou debates a respeito do trabalho em saúde mental: mais de 20 anos	
Data da entrevista: 11/11/2021	Duração da entrevista: 1h21min06s

ENTREVISTADOR – Há quanto tempo, Clarice, você estuda, debate ou trabalha temas ligados à saúde mental?

CLARICE – Eu acho que depende desde quando contar esse tempo. Mas, o meu interesse e o meu envolvimento com a parte, eu não diria, no começo, de saúde mental, mas eu diria, no começo, mais psiquiatria, já veio da graduação. Eu sou daquelas que fez iniciação científica já na área, que acabei entendendo, por questões pessoais, daquilo que vivi na minha vida particular ao longo da graduação, acabei tomando algumas decisões que não são as mais frequentes entre os alunos da graduação. Eu lembro, tive um problema de saúde e tive que ficar internada. Isso foi muito marcante para mim: ter ficado internada e ter vivenciado o que é ser paciente, o que é estar do outro lado... que é muito contrastante em como a gente deve estar nesse momento da vida que, em geral, você está bem, com boa saúde. Experimentar isso me trouxe muitas reflexões e também muita crítica em relação à forma como a gente age, à forma como a gente trata as pessoas. Teve um outro evento muito marcante na minha graduação que foi... sabe esses negócios de, como se fosse, aula prática? Sabe que você vai ter no local diferente? Eu tive aulas práticas, entre aspas – e eu já te falo o motivo do entre aspas – em um local que era basicamente um manicômio, que era afastado, em outra cidade, e demorava 45 minutos de carro para chegar lá. Eu lembro que a gente precisava se organizar, inclusive, entre os colegas, para conseguir todo mundo arranjar carona para chegar a tempo na aula prática. Eu fiquei muito chocada quando vi a forma como as

peessoas eram tratadas lá. Foi assustador perceber, descobrir que isso existia, porque você não é apresentado muito a essas coisas quando você está na graduação. E aí, essas coisas que me fizeram pensar assim: olha, acho que é absolutamente possível a gente oferecer outras formas de tratamento para as pessoas, e aí eu já fui meio que direcionando para a área, pensando a saúde mental. Eu acho que um cenário que facilitou foi o fato de eu ter feito graduação, e o hospital que a gente tinha de referência era um hospital secundário, relativamente pequeno, em um curso muito voltado para formar um generalista mesmo. Eu entrei em 97 na faculdade e 6 anos de medicina, foi nessa época. Mas eu me formei em uma rede em que a gente ficava, pelo menos no começo do internato, eu tive 6 meses na unidade básica de saúde, então, eu consegui ter um pouco de longitudinalidade, de poder rever as pessoas que já têm uma família inteira, de poder rever essa família toda, sabe? De acompanhar como as pessoas estavam. Então, eu acho que essas coisas que foram influenciando e foram fazendo com que eu fizesse algumas escolhas que não são as mais frequentes. Por exemplo, o plantão que todo mundo dava, tem que ter um monte de plantão na cirurgia, não sei, eu detestava cirurgia! Já não era algo que me atraía, que eu queria fazer. Então, eu simplesmente não fiz plantões de cirurgias, eu falei: para que que isso vai me servir depois? Eu fiz alguns plantões na clínica médica, sabe? De coisas que eu achava que seriam úteis para mim, mas já fui dando uma direcionada cada vez mais para o que eu gostava. Então, por exemplo, iniciação científica eu já fiz na área da interconsulta em psiquiatria, porque o fato de não ter uma enfermagem também, ou algo lá dentro... e ter visto esse contraste tão grande, eu acho que te ajuda a ir entrando justamente pelas interfaces, que eu acho que foi como eu comecei. Fui aquela aluna que sempre ia nos congressos da Associação Brasileira de Psiquiatria, apesar de hoje em dia eu ter enormes críticas e nem ser associada, eu acho que não me representa. Mas isso foi sendo direcionado dessa forma, então eu já comecei a fazer pesquisa na graduação, eu fui aquela aulinha que conseguiu bolsa, sabe? Que estava envolvida em pesquisa. Em depois, eu logo entrei na residência. Quando eu entrei na residência, já estava rolando também algumas pesquisas lá, e aí como eu já vinha de uma formação em que eu sabia e já tinha uma noção de pesquisa, foi muito fácil entrar, e foi quase meio que natural participar de algumas pesquisas que já estavam rolando, eram essas pesquisas voltadas para prevenção do suicídio, algumas coisas nesse sentido. A residência era no serviço público, então já

trabalhava atendendo pessoas, e eu acho que ter feito residência onde eu fiz, a gente já entrava em contato com outros profissionais. Eu lembro que a gente tinha na enfermaria, que era uma enfermaria em hospital geral, que muitas vezes ainda não é o que acontece em muitos cenários de formação, a gente tinha muito contato, por exemplo, com o pessoal da enfermagem, enfermagem em geral você acaba tendo, mas por exemplo, tinha a psicóloga que estava no serviço, tinham as pessoas que acompanhavam ela, tinha terapeuta ocupacional, por mais que a gente, enquanto R1, tivesse muitas críticas a elas, da forma que achava que poderiam ajudar mais, a gente queria, até, que elas participassem mais... tinham outros locais e outras experiências na residência em que a gente via mais isso acontecer. Então, por exemplo, nos ambulatórios, mesmo sendo um ambulatório em hospital ... daí agora era um contraste em relação ao hospital em que me formei, porque era hospital muito maior, de referência, um hospital terciário, que você tinha um monte de situação muito mais raras, que não era o cotidiano, a gente sabia que não era o cotidiano das pessoas. Mesmo assim, a gente tinha muito contato com o pessoal do serviço social, então tinha sempre alguém no ambulatório junto com a gente, tinha o pessoal da psicologia também junto com a gente, a gente tinha a possibilidade de chegar a discutir casos. Tinha os grupos que tinha tanto o pessoal da psicologia, quanto a própria enfermagem. Lá, tinha uma série de grupos que ajudam, inclusive, a formar as pessoas que trabalhavam na rede pública de saúde, por exemplo, na prevenção do tabagismo, no tratamento do tabagismo. Então, isso foi meio que acontecendo, sabe? Eu acho que, nessa parte da minha formação, em certa medida estava presente. E aí, eu acho que eu não respondi à tua pergunta em anos. Eu entrei na faculdade em 97, digamos que foi na metade que eu comecei a direcionar, fui fazer isso já tinham passado dois ou três anos, então 98, 99. Na residência, acho que eu entrei em 2003, eu acho que em 2002, eu nem lembro mais, faz tanto tempo! Na época em que eu fiz residência eram dois anos, inclusive. E aí, eu nunca parei de trabalhar e atuar em locais, sejam de serviços públicos de saúde na área, e fazendo pesquisa, porque pesquisa começou muito cedo na minha vida.

ENTREVISTADOR – O que você considera que é a interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental?

CLARICE – Eu confesso que eu quase fui colar quando vi a tua proposta de pesquisa, mas eu tentei me controlar. Porque eu acho que não é algo que a gente

tem consolidado do ponto de vista “sei, praticamos interprofissionalidade”. Mas, e aí vou tentar fazer uma correlação que eu acho que é com a prática mesmo, do que a gente percebe das possibilidades de atuação, considerando a prática: eu acho que a gente precisa ser capaz de trabalhar de modos em que a gente não seja fragmentado, que não fique cada um só no seu quadradinho e achando que consegue ter modelos explicativos e formas de enxergar as coisas que abarquem tudo, que abarquem toda a experiência da pessoa. Então, o fato de poder trabalhar com outros profissionais, eu acho, entraria no conceito de interdisciplinaridade, por aí. A gente precisa das outras disciplinas, a gente precisa ser capaz de compartilhar e de olhar para essas situações, inclusive para tentar compreender as coisas que acontecem com múltiplos olhares e de forma que a gente aja assim, com trocas. Que a gente possa, inclusive, combinar e discutir “olha, quais são as possibilidades diante dessa situação, que modo eu vejo, o que eu compreendo, o que é que a outra pessoa... de que modo ela compreende?”. Para que a gente possa tomar, inclusive, decisões conjuntas sobre o que fazer. E não pensando só, necessariamente, na interdisciplinaridade, eu acho que a gente precisa de fato considerar a experiência da pessoa, e a pessoa, na hora em que a gente vai atender, vai propor, até pra considerar o que é importante na vida. Mas pensando no trabalho de um modo interdisciplinar, acho que a gente precisa, que tem a ver com a gente conseguir ouvir as outras pessoas, as outras formações, as outras áreas, e poder pensar coisas de modo que a gente se cruze nessas propostas, nessas trocas de informações. E eu fiquei pensando, por exemplo, teve uma situação, teve um caso muito marcante para mim na época da residência: eu lembro que eu fui atender uma criança que já tinha ficado na UTI, era a terceira vez que uma menina de doze anos tinha ido para UTI e ninguém descobria exatamente o que tinha acontecido com essa menina, e essa tinha sido a primeira vez que o pessoal na UTI pediátrica tinha solicitado vários exames toxicológicos, inclusive dosagem de medicamentos... eles saíram pedindo, porque ninguém conseguia compreender o que estava acontecendo com aquela menina. E aí, eles encontraram duas dosagens superaltas de antidepressivos, então, provavelmente, a menina tinha tomado um monte de antidepressivos. E aí depois, avaliando, eles acionaram a interconsulta psiquiátrica justamente por causa disso, porque eles começaram a desconfiar que a menina tinha tomado propositalmente, que ela tinha feito uma tentativa de suicídio, que não era a primeira tentativa que ela estava fazendo. Eu lembro que esse caso foi tão rico para mim, tão importante, mas

o mais importante deste caso foi justamente um trabalho que não foi um trabalho individual meu com aquela criança, eu lembro que teve todo o cuidado do pessoal da pediatria, de conversar com a gente, de tomar o cuidado, inclusive, de não ir tomando decisões e pressupondo coisas sem discutir, sem ter uma avaliação cuidadosa, sem ter certeza. Eu lembro que eles não saíram já acusando a mãe ou falando coisas que muitas vezes a gente vê acontecer na prática, eu lembro que teve uma psicóloga muito bacana que estava também, na época, acho que não era residência que chamava ainda, mas ela estava como se estivesse fazendo também uma especialização na área da psicologia... e a gente começou a avaliar a criança juntas. Ela também começou a tentar entender o que estava acontecendo, a gente conseguia se reunir – eu, ela e a residente da pediatria – para discutir, para conversar, para trocar informações, para cada um falar das suas percepções. E foi um caso riquíssimo! Eu lembro que a gente foi aprendendo e que depois pode atender essa criança outras vezes no ambulatório, e eu continuava conseguindo conversar com a psicóloga, discutindo o caso. Então, foi algo que eu acho que muda completamente, a forma como você compreende as coisas também, quando você tem essa possibilidade, inclusive de entender outros aspectos que você não necessariamente olharia, mas que uma outra pessoa e uma outra profissão, em um outro arcabouço de modo de compreensão pode fazer com que você também preste atenção nisso, e que você amplie mais sua forma de compreender e olhar para as situações. Então, eu acho que é meio por aí a forma como eu compreendo.

ENTREVISTADOR – Quais você acha que são hoje os principais limites para que se possa ter realmente um trabalho interdisciplinar, não fragmentado?

CLARICE – Eu vejo muitos limites em relação a isso. Agora, esse momento, você vai ter que, realmente, me deixar anônima, então você tem que modificar algumas coisas que eu vou citar, porque a minha experiência por exemplo aqui no ambulatório do *hospital* x, que eu vou com os alunos é, no mínimo, sofrida. É um contraste para mim muito grande dos vários locais que trabalhei. É quase como se fosse um “eu quero que seja fragmentado e compartimentalizado”, sabe? Essa é a impressão que eu tenho. E aí, uma das primeiras coisas que impressiona é que essa questão, para mim, tem a ver com o poder médico. É meio que assim, do tipo: “não! Somos nós, eu que comando!”. Inclusive, agora, rechaçam fortemente o próprio termo saúde mental. A galera fez muita questão de mudar o nome para ambulatório

de psiquiatria, então não se chama mais ambulatório de saúde mental. O pessoal da psicologia já tinha saído dali. Eu não acompanhei, mas eu percebo que tinha graves problemas ali, pelo visto. O pessoal faz com que, por exemplo, a enfermeira, o pessoal da enfermagem, de um modo geral, seja subjugado ao conhecimento médico, sem dar nenhum espaço para que eles possam falar ou para que eles possam dizer de que modo eles poderiam contribuir, e aqui estou falando de uma equipe de enfermagem que chegou relativamente nova, sabe? Com pessoas que até dá para ver que, uma ou outra coisa... às vezes, eu fico falando e eu fico me metendo em algumas discussões quando eu vejo que está rolando, quando eu vejo que dá para ter alguma entrada possível para falar algumas coisas. Então, por exemplo, o conceito de transferência de cuidado... é algo que parece que, não que eu ache que minimamente eles conseguem entender completamente transferência de cuidado ou continuidade do cuidado, porque eu vejo que eles tratam atenção primária como se fosse um bando de gente que não sabe fazer nada, é mais ou menos essa a impressão que dá, e que “a gente sabe, os outros não vão saber fazer”, é meio assim que fica. Mas esse é um jeito que eles encontraram de conseguir tirar algumas pessoas que estão no ambulatório, que estão há muito tempo, que são quadros estáveis e que, na verdade, nem precisaria estar ali há muito tempo, que a atenção primária poderia acompanhar. E aí eles combinaram, por exemplo, que enfermeiro faz isso... um dos enfermeiros faz isso. E aí ele faz contato, tem mais abertura. Mas é meio no sentido do tipo “vamos colocar regras no funcionamento do ambulatório”, eu vejo que passa desse modo. Então “precisamos ter maior rotatividade”, aí vem também uma pressão da administração, do tipo “olha, vocês produzem pouco”, você sabe, de coisas bem gerencialistas que eu acho que também contribuem para essa fragmentação. Então, você não tem espaço para discutir, você tem essa coisa de, claramente do poder médico, de dizer “olha, a gente tem que ser quem manda aqui”. A gente teve uma discussão agora recente porque *empresa f* está pressionando para que se criem unidades, e aí uma unidade que está no plano operativo é a de saúde mental. E o povo já está esperneando, já está desesperado, tipo “como assim ‘unidade’? A gente vai ter que se juntar com os psicólogos?” – olha, esse é o tipo de frase que eu fico chocada em ouvir, numa compreensão do tipo “a gente vai perder poder”. Eu falei “mas como perder poder?”. Teve um colega no meu departamento que falou que preferia ir para a clínica médica a estar na unidade de saúde mental. E aí eu fiquei pensando “você está preocupado

em perder poder, você vai ver perder poder quando você for um zero vírgula alguma coisa na Clínica Médica, aí sim você vai perder, boa sorte”. Isso de pressionar para ter uma enfermaria no hospital geral, daí nunca mesmo vai acontecer, pode abandonar essa ideia. Mas para você perceber o grau da reatividade, do quanto eu acho que as pessoas entendem que o médico tem que ser o chefe, sabe? O médico tem que ser aquele que sabe mais do que todo mundo. Numa postura como se o saber do outro fosse um saber inferior ou de má qualidade, como se você não tivesse outras formas, inclusive, de produção de saber. Eu acho que esses são pontos que fragmentam. Aí, outros pontos importantes que eu acho que têm a ver também com a gestão e compreensão é você não ter espaço adequado para que as pessoas consigam todas trabalharem juntas, isso acontece não só aqui, mas em vários serviços. Às vezes, os serviços são muito arranjados, não foram necessariamente planejados considerando todo mundo. São escolhas também que têm a ver com financiamento e tudo mais. Mas, às vezes, se planeja sem ter uma sala possível em que as pessoas possam de fato se reunir, é tudo pequenininho. Você tem pouco espaço para isso, aí você vai juntando algo que é, por exemplo, o modelo cada vez mais gerencialista de produtividade, que se você tem, por exemplo, múltiplos profissionais de formações diferentes, que você precisa de encontros oficiais, em que as pessoas possam de fato conversar ou criar – isso não está previsto, isso não tem como acontecer. E aí eu sentia isso, quando a gente estava na unidade básica de saúde aqui, em que a gente ia, porque a gente fazia basicamente um ambulatório em paralelo em uma unidade básica de saúde, era isso que acontecia... se você precisasse, tinha um ou outro caso que eu conseguia, a muito custo discutir, conversar com a psicóloga, mas porque eu saía correndo atrás dela, independente do horário. Porque no horário em que a gente estava lá, o horário dela não batia com os horários que a gente estava lá. Então, você não tinha essa previsão dessa possibilidade, e mesmo ela também era muito generosa em até, às vezes, discutir e conversar coisas comigo, porque eu sabia que era fora do horário de trabalho dela, que ela estava fazendo isso. Mas acho que não devia ser assim... esses momentos, e esses pontos de encontros, a possibilidade de fazer juntos, de aprender um com outro, isso deveria ser algo instituído. A quantidade também, a demanda, e a forma como se organiza, às vezes é uma pressão enorme. Aqui isso é mais intenso do que quando eu trabalhava na *cidade n*, por mais que eu tenha trabalhado em diferentes locais lá, tanto junto da atenção primária, quanto no

CAPS, o meu trabalho lá era muito mais tranquilo do que o meu trabalho no CAPS aqui. A minha rede de possibilidades lá era muito diferente da rede daqui, aqui é muito limitada, inclusive, de possibilidades e de áreas de abrangência... a área de abrangência era muito maior, enorme, muito mais unidades de saúde abarcavam a região. Então você tinha, por exemplo, uma equipe que era menor até do que a equipe com quem eu trabalhava, e que tinha que dar conta de uma população muito maior. Quando você tem uma demanda muito grande você perde, obviamente, qualidade, porque você precisa arranjar formas para conseguir tentar cuidar de todo mundo, e aí eu falo tentar cuidar mesmo, porque você não consegue, por exemplo, ter todos os encontros que você gostaria com as pessoas, para avaliar conjuntamente. Então, você acaba priorizando algumas coisas em relação às outras, eu acho que a gente fica, daí, mais voltado para atendimento de situações de crise, você às vezes perde momentos importantes do acompanhamento e seguimento das pessoas, porque você vai estar sendo atropelado e tendo que lidar com aquelas que estão entrando em crise, com as que estão chegando novas no serviço, que você também não conhecia. Então, eu acho que essa demanda impacta, e aí eu acho que também o modo como as pessoas são formadas... e aí, o fato de você ter contato ou não com isso antes, com esse recorte, faz muita diferença... assim, faz muita diferença eu ter vivenciado trabalhar numa rede em que eu sei que tinha um monte de locais de formação com pessoas qualificadas, com pessoas que discutiram isso também. E que pessoas? Pessoas que se sentiam empoderadas, inclusive para chegar e dizer “quem é você, mediquinha, que está achando que você sabe tudo?”, “quem é você para achar que vai mandar aqui no negócio?”. Com equipes que também te colocam no teu lugar. A gente sai da residência desse jeito, eu lembro que eu saí da residência achando que sabia o máximo: “estou sabendo tudo, vou chegar aqui, vou trocar o remédio porque eu tô sabendo, porque eu tô por dentro de tudo”, e depois fui apanhando no cotidiano, inclusive aprendendo que “olha, não é bem assim”. E o meu primeiro emprego como psiquiatra foi em oficinas de geração de renda, eu era a única médica naquele lugar, e eu fazia uma carga horária relativamente pequena em comparação às outras pessoas, e a gente tinha uma variedade grande de profissionais: tinha terapeuta ocupacional, teve época que teve uma oficina de geração de renda que era uma moça historiadora e que era super boa, tinha os monitores, tinha a galera que manjava de marcenaria e que tinha uma ótima relação com os usuários, com as pessoas que estavam lá. Tinha uma

assistente social que era fantástica! Aprendi horrores com aquela mulher... consegui fazer visita domiciliar com ela me mostrando, explicando “olha, quando a gente faz isso assim, a gente vê, a gente verifica...”. A gente conseguia fazer planejamentos de possibilidades conjuntamente para poder, inclusive, ajudar a olhar o que é que está precisando. A gente tinha pessoas que iam até o INSS para pressionar e dizer “olha, se vocês estão querendo voltar essa pessoa, para que ela volte ao mercado formal de trabalho, vocês precisam considerar as limitações e, por exemplo, fazer algo adaptado”, então, você via isso acontecer. Você tinha pessoas que eram mais empoderadas, que se sentiam mais seguras, e aí você percebe também que isso, em parte, tem a ver com a formação, com onde elas estão, com o próprio ambiente que você está inserido... se tem outras pessoas, se a galera se ajuda inclusive nesse sentido. E aí eu acho que ficar fragmentado é horrível, porque você também não consegue nem criar esse ambiente de uma possível colaboração entre as pessoas. E se você não experimenta isso de nenhuma forma é muito difícil você imaginar, para mim, trabalhar desse jeito. Eu acho que o fato de ter formações, de as pessoas serem críticas também, de se colocarem, de defenderem também seu saber, de dizer “olha, mas eu também estudei, eu também sei um tanto de coisa”, vai dando uma sacudida em quem está chegando.

ENTREVISTADOR – Você diz que para a realização interdisciplinar é importante que haja esse contato, que profissionais explorem outros modelos de assistência, e fala em gerência, poder médico e formação. Você acredita que existe algum modelo de assistência que predomina e que limita a realização interdisciplinar? Qual?

CLARICE – Sim. Eu usei o termo gerencialismo porque eu acho que é uma das coisas com a qual eu tive mais contato, pensando em pós-graduação. Isso é muito forte nos serviços no *país estrangeiro* w. Por exemplo, quando a gente visitou e foi conhecer, e tem essa coisa do tipo “precisa ser eficaz”, vem com uma linguagem em que se você tem um troço é autoritário, que é de cima para baixo, com foco produtivista, e acho que essas são várias das características que eu atribuo, que eu estou nomeando como gerencialismo...tem que atingir indicadores que muitas vezes são só indicadores quantitativos, não necessariamente indicadores qualitativos, que você não leva em consideração também o bem-estar do trabalhador, como é que as pessoas... como se fosse quase uma fábrica, uma linha de produção. Isso vai ter

impacto no cuidado que é oferecido. Então, às vezes a gente vê algumas bizarrices, como aconteceu no começo... eu não sei como está agora, mas eu lembro, na *cidade f*, quando começou a ter uma expansão grande dos serviços gerenciados por outras empresas, e aí lá era pela *empresa X* que estava acontecendo, um pouco disso aconteceu, depois eles saíram, teve um monte de escândalo, roubo, corrupção. Chegou a hora que era um negócio... “é supereficaz, vejam os números, aí consegue cuidar de um monte de gente com pouco dinheiro”, e aí era esse isso. Só que você começava a ver, por exemplo, que tinha que ter um matriciamento, mas tem que alcançar um x de números de matriciamento, só que ao mesmo tempo cada profissional tinha que atender, tinha que alcançar um x de números de atendimentos, e aí não tinha previsto nisso nenhum momento de encontro para que essas pessoas pudessem fazer matriciamento! E aí, como você operacionaliza tudo isso? Isso não está incluído, você fala bonito no papel, nos números, mas na hora de fazer o negócio acontecer, você não proporciona espaço para isso. Eu lembro de ver algo do tipo “não, agora os exames vão sair rápido e tudo mais”. A gente, de fato, conseguiu os exames mais rápido do que antes, só que chegou num ponto que, por exemplo, ninguém mais confiava nos resultados dos exames, porque eles eram muito ruins, a qualidade era péssima! Eu lembro de ter atendido um senhor, junto com a médica de família, e a gente tinha pedido “traz todos os exames que o senhor fez” e, quando a gente pegou a tomografia para olhar, a gente ficou “nossa, foi grave, o senhor ficou entubado”, porque tinha um tubo lá na imagem. E sabe, ele nunca tinha sido entubado! Era nesse grau! Eu não quero essa promessa de que é rápido, se a qualidade é essa! Nesse caso em particular, trocar as pessoas! Obviamente não era o exame dele! Mas eram coisas assim... que daí você fica “poxa, e os outros que estão vindo?” Eu lembro que, mesmo dentro do próprio hospital, a gente brincava, a gente falava entre colegas “veio o resultado do exame de imagem. Você viu o exame de imagem? Que uma coisa é você ver o laudo que mandaram”, porque ninguém confiava nos laudos que eram dados nos exames de imagem. Do ponto de vista de gestão e de modelos de gestão, acho que a gente precisa incluir as pessoas inclusive para que isso faça sentido para elas, e para que elas sintam que elas contribuem, e aí eu acho que a gente precisa pensar... não sei se existe um modelo, não consigo imaginar o modelo ideal, eu acho que existem muitas formas de arranjos e possibilidades do que a gente pode fazer. Eu, inclusive, acho que a gente deveria investir um pouco mais na parte do ambiente, mesmo, que

a gente oferece para as pessoas, porque isso me incomoda muito, sabe? Acho que isso transforma também a experiência não só de quem usa, mas também de quem trabalha. Você chegar num ambiente que é bem cuidado, que foi planejado, que não é sucateado, um ambiente minimamente confortável e aconchegante. Inclusive, na universidade, eu já levei minha cadeira para estar sentada lá na frente do computador, porque as coisas que eles têm são claramente sucateadas, estão ruins, e isso me incomodava muito nos serviços de saúde, sempre me incomodou. Quando eu fui para trabalhar na unidade básica de saúde, fazer um matriciamento e atender com as equipes de saúde da família, a primeira coisa que eu fiz foi entrar no banheiro da unidade e aí eu falei assim “gente, eu só venho para cá se tiver um assento nesse vaso sanitário”, eu falei “eu me recuso a trabalhar no local onde eu não vou poder fazer xixi sentada”, eu falei “não é possível conceber que a gente não vai ser respeitoso e cuidadoso um com o outro ponto de não saber usar um vaso sanitário direito”. E aí, a gente teve que fazer uma vaquinha para comprar o assento do vaso sanitário... de coisas nesse grau. Então, eu acho que tem isso do ambiente, de ter que investir, isso não é algo secundário... como as pessoas se sentem, como elas são recebidas. E eu penso que modelos têm a ver com isso, de agente ter possibilidades de saber, de ter informações sobre qual é a nossa área, quem é que a gente atende, de minimamente a possibilidade de particularizar certas coisas, porque o cenário que, se a gente parar para pensar, no nosso país são muito distintos uns dos outros. Pode ser que o que eu precise nessa minha região seja muito diferente, dependendo da outra região. Então, acho que essa flexibilidade para conseguir ter informações sobre a população, sobre as pessoas que você atende é fundamental. A gente tem pouca transparência em relação a isso, a gente tem pouco retorno disso, pouco dado disso, das pessoas que estão ali envolvidas. Isso acaba não entrando no cotidiano do trabalhador, só se você for muito crítico. A gente vê iniciativas locais de pessoas tentando obter dados, sabe? E eu acho que a gente já passou muitíssimo do tempo em que deveria ter registros, um prontuário integrado, pelo amor de Deus! Onde já se viu, a gente está muito atrás do mundo, uma das formas de garantia de continuidade é via prontuário, via registro. A gente precisava ter um mesmo prontuário, a gente tem um sistema único de saúde, a gente precisa ter um prontuário único de saúde. Então, acho que são várias dessas coisas que eu acho importante, que eu fico pensando, na minha mente, que que ajudariam.

ENTREVISTADOR – Falando em cuidado, você me contou da experiência de atendimento da menina que foi muitas vezes à UTI por uma intoxicação exógena e, então, vocês tiveram uma atitude que você considerou interdisciplinar. Você disse que isso mudou a oferta e mudou a compreensão? Como você acha que um trabalho interdisciplinar pode mudar o cuidado?

CLARICE – Eu acho que pode mudar muitíssimo, e que pode ajudar muito. Por exemplo, eu fico sofrendo com isso... tem situações que você está atendendo a pessoa e você pensa “poxa, daria para orientá-la super bem”, e a pessoa já começa a ter um cadastro único da assistência social. E aí você fica assim “poxa, mas aqui eu não tenho fácil acesso a assistente social para discutir com ela, para falar das possibilidades, para tirar dúvidas, inclusive, de coisas”. “Será que nesse caso, em particular, se encaixaria?”. E isso era algo que, por exemplo, era super possível fazer. E por que eu acho que muda? Porque você chega com uma ideia ou pensando numa coisa, e aí a outra pessoa vai falar “mas acho que isso não vai dar, mas tem outra coisa que dá para fazer, eu tenho outras possibilidades que dá para a gente pensar”. Eu lembro, por exemplo, a assistente social do CAPS uma vez diante de... tinha um local que a gente conseguia encaminhar pessoas que tinham diagnóstico de esquizofrenia, a gente conseguia dar uma burlada nessa coisa que a galera é bem rígida de que, para preencher vaga é preciso serem consideradas pessoas deficientes para empresa. Tinha um local que a gente conseguia mandar, e que eles estavam meio que tentando absorver essas pessoas, mas chegou num ponto que eles falaram assim “não, a gente não vai mais, ninguém que tenha esse tipo de diagnóstico... a gente só vai pegar quem tem *deficit* intelectual”. Ficou super restrito do ponto de vista de possibilidades. E eu lembro que foi um baque, que tem um monte de pessoas que a gente atende que tinha muita dificuldade de se inserir, que talvez não vai conseguir... só está fazendo reciclagem, bico, que são pessoas jovens, que daria para a gente tentar no mercado de trabalho, mas o estigma é enorme, o fato de ter que fazer o próprio tratamento. E ela foi muito persistente e conseguiu fazer com que alguém do RH do *supermercado* z fosse lá no CAPS. Primeiro, teve todo um trabalho de a gente ir ajudando as pessoas a terem *e-mail*. Ela olhava toda a semana o *e-mail*, se tinha oferta de emprego para levar para as pessoas. A gente deixava eles verem os *e-mails*, inclusive no CAPS. A gente não saía espalhando “ah, a gente deixa os usuários usarem o computador para verem os *e-mails*”, porque se você tem uma gestão muito rígida e não entende que isso é

importante para a pessoa, isso simplesmente é interditado. Tanto que, depois disso, a galera começou “não pode isso, não pode deixar as pessoas entrarem”. E a gente entende que essa é a parte, inclusive, para as pessoas conseguirem desenvolver autonomia, que era checar o seu *e-mail* para conseguir encontrar um emprego. Então eu acho que essas coisas, e planejando isso, poder pensando nessas possibilidades de coisas. Por exemplo, se eu fico só na minha área... a gente não está habituado, e a gente não chega a pensar e vislumbrar o que a gente pode ajudar nesses movimentos e, inclusive, estimular, que dá para pensar em possibilidades para essas pessoas. E aí rolou um monte de entrevistas de emprego e tudo mais. A gente ficou muito frustrado no final, porque o supermercado não chamou ninguém das entrevistas, mas ainda assim eu acho que tem várias coisas que ajudam, de sutilezas, inclusive de desconstruir coisas que a gente às vezes fica com uma imagem que é... mas principalmente na medicina, que é como se fosse tudo fosse só tragédia, acho que essa foi uma enorme desconstrução para mim. Eu tinha muito medo de ir para atenção primária, eu achava que eu não ia ter muito o que fazer, eu achava que eu ia me deparar com a situação e com as condições e que eu ia sofrer com aquilo, ia me sentir sem possibilidades, mas quanto mais perto você está do território das pessoas, mais você consegue ver possibilidades também, e mais você consegue inclusive ajudar para que essas pessoas vão criando as suas redes. Se você minimamente se dedica a trocar, a saber, a criar coisas... as experiências que eu tive na atenção primária foram impressionantes. Por exemplo, teve uma terapeuta ocupacional que trabalhava comigo e que ajudou a criar junto com a escola, a gente tinha contato relativamente próximo com todas as escolas do nosso território. Essa coisa de simplesmente encaminhar a criança para o neuropediatra, ou para o psiquiatra, para uma superespecialidade acontecia, e a gente conseguia fazer isso rápido quando realmente precisava, então a gente conseguiu abrir espaços de diálogo com as escolas em que os casos, as situações, as crianças eram discutidos na escola. Então são coisas que abrem muito, inclusive da nossa cabeça, de possibilidades... se não a gente fica num formato sempre, assim, dentro, só daquele recorte do consultório específico ou de uma avaliação pontual, que alguém vai me dar um relatório, mas que eu não vou necessariamente interagir e conversar com aquela pessoa, trocar e pensar em coisas diferentes. Eu acho que essa troca abre n coisas, e aí por que eu falei dessa visão trágica? Porque eu acho que a gente se depara com situações muito extremas e muito difíceis, e

quando você vê, começa a acompanhar as pessoas mesmo, de fato... por exemplo, teve um rapaz que eu acompanhei por 6 anos, aí você conseguir ver as pessoas ao longo de todo esse tempo no mesmo lugar, eu acho que é um privilégio. Aí você de fato conhece muito mais a pessoa, mas eu tinha algo que era assim, quase um assento privilegiado, porque eu via essas pessoas no seu espaço de trabalho, o que é muito diferente. Então, tinha um cara que era, assim, um discurso completamente delirante, que tinha um monte de alterações da sensopercepção e que, no começo, eu ficava fascinada pelas alterações que ele tinha, porque nem na residência eu tinha visto. Ele era basicamente um compêndio de psicopatologia, e era a isso que eu prestava atenção no começo. Mas depois, conhecendo ele, vendo ele, eu descobri que ele era o melhor serralheiro da oficina, ele era o cara que dava as ideias para fazer coisas novas na serralheria, ele trabalhava super bem, ele era um dos poucos que mexia com máquina que só monitor podia mexer, e depois de um tempo, você vai percebendo que por mais que ele tinha tudo aquilo, ele tinha sua rotina, tinha seus valores, tinha vários aspectos que gente não acessa quando a gente está num recorte específico, por exemplo, do consultório. E ele era considerado um cara assim que todo mundo dizia, “ah, ele nunca vai topar e nunca vai num serviço do território dele como deveria, para acompanhamento no CAPS”. E eu lembro que depois de um tempão, conhecendo, atendendo ele, vendo ele nessa relação mais próxima, ele era um cara também bastante tímido, sabe? De ruborizar mesmo, de você ver ele ficando com vergonha dependendo das coisas. E aí foi possível, lembro, junto com a psicóloga do CAPS, planejar e, aí já sabendo de várias dessas características, ela começou a visitá-lo, ela ia até a oficina conversar com ele, ela ia atendê-lo lá para ele não ter que se deslocar. E aí eu lembro que uma das estratégias foi que chegou num ponto que ele ficou envergonhado porque ele me falou no atendimento “poxa, doutora, ela vem sempre aqui me ver, acho que eu vou ter que ir lá um dia, acho que eu vou ter que ir”, eu falei “acho que talvez você vai ter que fazer uma visita para ela, nem que seja uma visita de cortesia”. Essas coisas, esses detalhes inclusive de funcionamento, de relacionamento social, e eu lembro que ele estava todo inseguro de como chegar no CAPS, sabendo que ela trabalhava lá no serviço de saúde, e a gente bolou um plano para ele ter segurança, saber como chegar, qual era o local. Ele meio que deu uma treinada, o que ia falar para poder encontrar com ela, coisas que mudam muito... acho que essa perspectiva inclusive, de poder ver a pessoa, de ouvir relatos de quem está com ela em

diferentes ambientes, muda muito também a nossa percepção. E aí isso também faz com que a gente reveja os nossos próprios preconceitos em relação àquilo que a gente vai construindo de imagem dos indivíduos. Eu percebo isso, por exemplo, nos residentes aqui que vêm discutir, falar de um recorte muito limitado da vida das pessoas, mas que acham que eles têm uma total compreensão da vida da pessoa, eu vivo me perguntando: acho que não é bem assim.

ENTREVISTADOR – A gente está falando de cuidado, gerenciamento, de níveis de atenção e até de intersetorialidade. Você acredita que as políticas públicas de saúde podem favorecer ou desfavorecer o exercício interdisciplinar nas práticas de cuidado em saúde mental?

CLARICE – Sem dúvidas, acho que sim. Pensar local... inclusive, como os centros de atenção psicossocial são um jeito que quase obriga a galera a estar junto. E por mais que, talvez, você não esteja diretamente mudando a prática do serviço, você está, pelo menos, colocando as pessoas, do tipo “ó, vocês vão ter que trabalhar juntos aí, não tem como escapar, pelo menos você vai ter que compartilhar o mesmo espaço”. Acho que as políticas públicas podem ajudar sim, e pode mudar muito. Por exemplo, isso que a galera fica assustada de ver, de falar “vai ter uma unidade, é saúde mental”... eu acho que deveria ser assim mesmo, inclusive de experiência, de como você lida, de ter uma unidade que, por mais que chame unidade de produção, eu acho horrível produção, por mais que normalmente a galera acaba chamando assim, você tem uma unidade... por exemplo, eu trabalhei numa enfermaria de saúde mental dentro de um hospital geral em que o nosso chefe era o mesmo, todos os profissionais respondiam à mesma pessoa, sem essa fragmentação por classe, por algo em separado. A gente tinha combinados e acordos que a alta hospitalar, por mais que tenha essa disputa que se diga “a alta é médica”, a gente só dava alta para a pessoa, e a gente combinava essa alta, era sempre em dupla – o médico responsável e profissional de referência daquela pessoa, então não era algo exclusivo de um, era algo que, de fato, tentava estimular para que existisse um trabalho coletivo. A passagem de plantão, inclusive, era com todo mundo. Não tinha isso do tipo “ah, eu faço sozinha para você e acabou, a galera da enfermagem passa sozinha, o pessoal da terapia ocupacional nem fica sabendo”, não! A passagem de plantão era com todo mundo! Falando das situações, discutindo, trazendo informação. Eu lembro que quando se começou a se perder isso, rapidamente deu

para perceber a influência que isso teve no cuidado quando essa passagem começou a ficar só “ah, ok, passa só do médico para o médico, do enfermeiro para o enfermeiro” – e isso que eu contei que eu vivenciei já nem existe mais também, porque eu troço degringolou completamente, foi uma experiência única, mas que também já acabou. Eu lembro que a gente começou a perder informações e dados que antes justamente você tinha a partir da visão dos outros profissionais. E eu lembro que teve uma situação de uma moça que estava internada, que tinha um *deficit* intelectual, e a gente tinha, eu e uma residente, eu já ficava menos tempo nessa enfermaria, eu lembro que eu ficava só as pontas, tipo, segunda e sexta, era meio que dias que ninguém queria, bem depois no meu horário, não sei o que eu tinha na cabeça naquela época, que eu trabalhava tanto, mas eu lembro que foi graças à gente tentar fazer essa passagem, de se meter junto com a galera na enfermagem quando estava todo mundo ali perguntando, que a gente conseguiu descobrir que essa moça colocava várias coisas dentro da vagina dela. Ela estava com uma infecção recorrente, ninguém entendia o que acontecia, de onde vinha e a gente falou “não, então vamos examinar”, e o pessoal, foi graças ao pessoal da enfermagem que percebeu, que falou “olha, a gente acha, a gente desconfia que tem alguma coisa errada, não é só um negócio de repetição, que tem algo mais nessa história” e aí eu vindo, tentando reconstruir “não, então vamos examinar, vamos ver, vamos pedir, vamos falar com o pessoal da GO. Gente, não tem espaço aqui, vamos examinar, vamos levá-la para outro lugar para tentar examinar”. E aí ela tinha colocado vários anéis intravaginais e aquilo estava provocando reação, infecção, estava muito ruim e depois, inclusive, conversando com a família, tentando explorar melhor – e aí de fato num trabalho de vários profissionais atentos a isso – foi possível descobrir que ela sofria violência, violência sexual, inclusive. Então eu acho que assim, ajuda a ter uma qualidade do cuidado que é muito diferente do que você teria, por exemplo, se eu considero, por exemplo “ah, o meu pedaço vai só até aqui”, porque aí você vai, inclusive, discutir como que eu lido com isso, como que eu notifico, a falar com a família, então tem uma série de coisas e que, talvez se você tivesse sozinho, seria muito difícil de fazer. Mas se você não está sozinho fazendo isso. Se você tem mais pessoas, se por exemplo você consegue chegar a mais alguém para conversar com a família, para falar de coisas que podem ser muito doloridas, muito difíceis, fica um pouco mais fácil, também fica meio assim “eu consigo dividir a carga disso também com outra pessoa, e eu consigo conversar com

outra pessoa”, então eu acho que isso também interfere positivamente na nossa sanidade mental. Eu consigo lembrar de inúmeras situações em que eu desabafava e conseguia falar com minha colega psicóloga, poder dizer “nossa, que difícil, que situação” ou para terapeuta ocupacional, e acho que a gente daí consegue, inclusive enquanto equipe, a se apoiar e discutir, e tentar fazer coisas para a gente ter uma convivência melhor. Eu sou aquelas que trabalhou com a equipe. Eu lembro que no CAPS em que eu trabalhava na *cidade f*, a equipe era bem grande, e a gente fazia uma reunião geralzona com todo mundo, inclusive para discutir situações mais complexas com todo mundo presente, e a gente era responsável por acompanhar uma residência terapêutica: pessoas que tinham prejuízo importante na autonomia. E nessas discussões, eu lembro que tinham opiniões variadas, tinham pessoas que vinham mais à noite, que trabalhava à noite e aí tinha gente com características que eram mais um formato manicomial mesmo, que veio dessa formação, que trabalhava assim. Mas aí a gente discutia, acho que era inclusive um momento de educação continuada, porque você tinha pessoas bem diferentes falando de coisas diferentes, fazendo questão de possibilidades diferentes, e não quer dizer que a gente tinha consenso sobre tudo, não! Tinha vezes que a gente quebrava o pau na discussão, não era algo tranquilo, até porque você não tinha uma resposta para tudo, e dependendo da situação era complexo mesmo. E aí quando tinha situações que rachavam a equipe, a gente fazia votação para ver: “vamos por onde?”. “Por onde a gente começa?”. E a fazer alguns pactos, do tipo “vamos tentar isso”, e a galera insatisfeita: “mas se não der, depois vamos tentar tal coisa”. E aí a gente fazia contratos e combinados para “vamos andar juntos”. Inclusive dessa coisa de “somos uma equipe”, para a gente criar essa sensação de pertencimento, que eu pertença a uma equipe. Não vai responder enquanto equipe, sabe que não vai ser “ah, a culpa é tua, esse problema é individual do outro”, então acho que isso facilita e, mesmo depois dessas brigas, de quebrar o pau, a gente não necessariamente se entender, a gente conseguia sair para beber, para ir para o bar enquanto equipe. Não é porque a gente discorda ou não concorda que você não é meu colega, que eu não gosto de você. Às vezes, tinha pessoas que eu gostava muito, que era muito bacana de trabalhar e que não necessariamente a gente concordava como seria melhor fazer em determinada situação. Então acho que vai ajudando a sentir que você não está sozinho.

ENTREVISTADOR – Nessa conversa sobre interdisciplinaridade, você traz ideias de apoio matricial de educação continuada, e você fala da relação entre equipe. Que estratégias, na prática, podem favorecer um trabalho interdisciplinar e podem representar um trabalho interdisciplinar em saúde mental?

CLARICE – Quando você falou educação, fico pensando que a gente tem que começar isso já desde a educação. Eu acho que a gente tem que ter turmas que vão ter pessoas que são de graduações diferentes, mas que são de mesma área. Por exemplo, você está falando em área da saúde e aí me dói um pouco o coração pensar que, por exemplo, a psicologia está nas humanas. Eles estavam ficando de fora, às vezes. Isso é importante para a saúde mental, então queria fazer esse recorte, porque eu acho que a gente devia considerar também coisas com a psicologia junto. Mas eu acho que é porque a gente precisa propiciar esses espaços. Eu lembro que quando eu fui pensar no meu projeto de extensão querendo levar alunos para o CAPS, para ter experiências de grupo, porque eu sei que a galera não vai ter aqui, e ter que se relacionar com outros profissionais da área da saúde, porque eu sabia que quem fazia os grupos não eram os médicos, eram os outros profissionais... os alunos de medicina iam ter que ficar com eles. Aí, na época que eu montei, eu pensei que, como eu sou professora da medicina, eu só posso oferecer para os alunos de medicina. Foi um tempo até eu entender e perceber que a extensão é muito mais aberta do que isso, e que eu podia ter, inclusive, alunos de outros cursos, que eu podia ter oferecido, mas isso eu acho que é um reflexo inclusive dessa coisa fragmentada que eu não me atentei na hora, que eu podia ter mesclado mais. Claro que essa mescla acontece no nosso grupo de estudos e pesquisas. Eu, por exemplo, não oriento psiquiatras, basicamente. Porque eu estou no mestrado profissional em saúde da família, então eu oriento basicamente médicos de família. É um mestrado hoje em dia multiprofissional, oriento os médicos, pessoal da odonto, pessoal da enfermagem. No de saúde coletiva, teria a possibilidade de orientar psicólogos, por exemplo, outros trabalhadores. Volta-e-meia eu participo de defesas do pessoal da nutrição, porque tem vários intercruzamentos que tem relação com a gente também, então eu acho que a gente precisava começar aí na formação, nas graduações. Eu acho que a tentativa, por exemplo, do PET-saúde, e aí pensando e falando em políticas públicas, consegue

fazer isso... que são formas de induzir que isso aconteça, acho que quando a gente concebe serviços e pensa coisas como “o que é que eu estou ofertando para as pessoas?” a gente precisa levar isso em consideração também. Porque a forma como você monta essa organização vai ter impacto. Vai ter impacto na vida das pessoas. Eu fiz a minha pós-graduação em ciências médicas na área da saúde mental, e eu já fico feliz porque na minha turma de mestrado tinha eu, uma psicóloga, um antropólogo, e várias aulas que a gente fazia tinha, por exemplo, neurologista, educador físico, tinha um *mix* de pessoas que era muito bacana. E você começa a ter trocas também ali, você ir se deparando, encontrando pessoas de outras profissões, de outra formação, vai te trazendo, assim... para mim foi sempre bastante rico e, no começo, talvez muito mais desafiador. Desse contraponto de eu querendo impor coisas, as pessoas resistindo essa imposição. Mas hoje em dia eu penso “ainda bem que elas resistiram a essa imposição e me ajudaram a mudar quem eu sou, e a rever a minha prática”. Eu acho que ter encontrado pessoas empoderadas e com convicções mudou muito a minha visão. Por exemplo, esse senhor que eu acompanhei por 6 anos, ele trouxe questionamentos para mim que ninguém nunca tinha trazido, que ninguém nunca tinha feito. Um discurso que... você não demorava 5 minutos para perceber que ele tinha um discurso delirante. Ele virou uma vez para mim e falou bem assim – a gente estava discutindo medicamentos e, coitado, eu tentei empurrar remédio para ele muitas vezes, mas muitas vezes! E ele tomava uma injeção que a galera tinha negociado com ele há tempos atrás, e eu era daquelas que falava assim “ah, mas é só uma ampola? Isso não está fazendo nada para você”, e aí eu queria trocar tudo, mas ele começou a sofrer muito com isso – e aí um dia ele falou bem assim para mim, depois de várias conversas, ele chega e fala bem assim “eu sei por que vocês têm que me manter um medicamento, porque se não vocês não têm como justificar que vocês são serviços de saúde”. Quando ele falou isso, acho que eu fiquei uns dois dias sem conseguir dormir direito, e ele tinha uma percepção muito boa do social, e que a gente menospreza, de não entender que a pessoa não deixou de ser um indivíduo, que por mais que a gente que está lá avaliando juízo realidade, não quer dizer que essa pessoa não vai ter crítica. E aí ele foi meio que desbancando vários preconceitos que eu percebi que eu carregava, que vinha com aquela coisa da certeza e do que a gente aprende mesmo na residência, de livros... ali ninguém teria dificuldade em dizer que ele tinha diagnóstico de esquizofrenia, mas ele rompia com toda essa imagem catastrófica de “vai ter uma

evolução ruim, tudo mais”. E o cara continuava trabalhando, planejando o futuro dele. Eu só descobri muito tempo depois que ele mantinha contato com a família, e quando você ia ler o prontuário dele é chocante o contraste, parecia depois de um tempo de conhecer ele, que era quase o prontuário de outra pessoa, porque as pessoas não conheciam de fato ele. Então, acho que muda muito. Eu tive reuniões porque eu atormentei a vida desse senhor, coitado, muito no começo, em que a minha chefe, que era uma assistente social, chegou junto com a terapeuta ocupacional e vieram falar comigo do tipo “Clarice, ele está tão incomodado que ele não está mais indo para as oficinas”. E elas me fizeram perceber que o trabalho era o que ajudava estruturar a vida dele, que o trabalho era extremamente importante para ele. E era um trabalho, claro, tolerante, porque ele podia falar do belzebu no trabalho e a galera estava, tipo, nem aí, tipo “nesse trabalho cabe, não é o problema”. Mas eu acho que ter esses ambientes, e aí pensar em políticas públicas que induzam isso, que induzam que isso aconteça, de a gente pensar em possibilidades de trabalho com outras pessoas. Eu fiquei impressionada com algumas iniciativas, por exemplo, quando eu fui fazer um curso na Dinamarca, acho que em 2019, que foi antes da pandemia, nem sei mais, porque a noção do tempo está difícil aqui. Aí tinha locais que eram serviços, que é dinheiro do Estado, em que você tem profissionais, por exemplo... lá é difícil não ver um sociólogo trabalhando junto com as equipes de saúde, da própria assistência social, dos próprios serviços que eles oferecem. Lá era difícil para a gente porque a gente não está acostumado a ver esse profissional trabalhando e atuando tão fortemente aqui nas áreas da saúde. Então eu acho que têm coisas que dá muito para fazer, que dá para mudar. Não faz muito tempo, eu estava lendo agora umas iniciativas e artigos da Noruega, eu acho que tem uma... eu acho que ela antropóloga, e eu não lembro o nome dela porque é um nome muito estranho para a gente, mas em que eles estavam fazendo, já eles vêm fazendo isso há 10 anos, e meio que agora que eles estão colhendo os frutos do que eles vêm fazendo há 10 anos, que é colocar as crianças e adolescentes... para eles conseguirem mostrar o que é importante para eles, inclusive do ponto de vista... e aí eles estão conseguindo fazer isso um pouco mais na área da saúde, de como que eles querem ser tratados, do que é importante, o que é que eles gostariam... e isso tem proporcionado algumas mudanças, inclusive do ponto de vista não só de acompanhamento, mas também na própria internação, de como que é essa experiência, de como lidar com isso. Então eu acho que tem

muito que daria para aprender e trazer de informação e de colaboração entre diferentes áreas. E aí pensando, eu acho que seria um tanto chocante aqui para uma boa parte da galera, por exemplo da medicina, pensar numa produção de conhecimento que é muito diferente do tradicional que a gente está acostumado. Acho que seriam formas de desconstruir para reconstruir coisas.

ENTREVISTADOR – Qual a sua opinião a respeito da capacidade que o campo da saúde coletiva teve ou tem de influenciar as práticas de cuidado em saúde mental em favor ou desfavor da interdisciplinaridade?

CLARICE – Acho que é a saúde coletiva que tenta trazer essa questão, inclusive apoiando interdisciplinaridade, tentando mudar, do ponto de vista da prática, de prática mesmo. E pensando em políticas públicas, eu não vejo muitas outras áreas pensando. Tem algo que me deixa extremamente incomodada na psiquiatria que é o seguinte: você vê, às vezes, principalmente na pesquisa, algo mais técnico, às vezes você vê artigos publicados em revistas dessas mega famosas, tipo Lancet. Vou dar um exemplo que foi algo que não faz muito tempo que eu li sobre isso: em que as pessoas levantam uma série de problemas e de dificuldades, e aí chega naquela parte do artigo em que o autor vai propor algumas coisas para melhorar e para mudar, e eu sempre fico muito desapontada quando eu vejo as sugestões que vêm dessa coisa mega especialista, que não consegue pensar no coletivo, que não consegue pensar de uma forma que é justamente de um ponto de vista de saúde coletiva. Então vêm com umas sugestões pobres, umas sugestões que vai ser impossível fazer aquilo, que a pessoa só pensa em criar coisas que são cada vez mais especializadas, e aí na contracorrente do que a gente deveria fazer e do que se tem, do ponto de vista de estudos de saúde coletiva. Então eu acho que é uma área muito desvalorizada, é uma área que, mesmo competindo com outras áreas, e aí justamente por valorizar interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, pensar “olha, para pensar, inclusive, saúde coletiva não dá para pensar eu só dentro da medicina”, isso acaba muitas vezes não chegando em alguns locais. Então eu acho que é via saúde coletiva, eu acho que é a saúde coletiva, boa parte da saúde coletiva que carrega essa bandeira, que tenta fazer essas provocações e que tenta dizer “olha, a gente precisa pensar”. A pandemia talvez até tenha ajudado a dar um pouco mais de visibilidade para, por exemplo, a própria ABRASCO, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, de pessoas falando, pensando no coletivo. Por outro lado, eu vejo

também um outro aspecto que me incomoda demais, que é: ver algumas pessoas que tratam a ciência, e que meio que ajudam a criar também estereótipos. Então, por exemplo, a própria *pessoa x*, eu acho ela um tanto insuportável, apesar de a galera adorar ela. E por que eu acho ela insuportável? Porque, às vezes, as pessoas classificam e usam chavões sabe coisas com suas próprias compreensões, e aí eu acho que entra muito nessa lógica gerencialista que eu critiquei, para dizer “ah, isso é pseudociência”, para desmerecer coisas do outro, de só pegar algo. Assim, a gente também já não dá para ficar só no que é o baseado em evidência, porque a gente tem várias outras formas de fazer pesquisa. E você vai acessar a experiência da pessoa, não vai ser a evidência que vai te ajudar a resolver um monte de outras coisas da vida daquele indivíduo em particular. Então, eu não sei se você já leu algumas coisas, mas estava acompanhando um vídeo do Dunker falando um pouco dos ataques e das coisas que ele sofreu, e eu vejo que, por exemplo, o pessoal das práticas integrativas também acabam sendo colocados todos mais ou menos no mesmo saco, como se isso tudo fosse pseudociência, meio que assim “ah, isso tudo não serve”. E, pode ser que para aquele grupo de pessoas é o que as pessoas têm de acesso, é, por exemplo, a terapia comunitária que é o que está lá, que tem funcionado para a galera, o que é possível. Mas aí a galera que pega essa coisa da evidência de um modo muito rígido, e aí a gente só tem que fazer baseado nisso. Eu acho que precisa tomar muito cuidado para a gente não ficar em extremos também, de falar e de se posicionar como se fosse autoridade da ciência. Aí vem nesse nessa coisa autoritária, aponta para o outro, dizendo que é você que sabe em relação ao outro. Eu acho que a gente precisa, inclusive, ser honesto em relação aos limites da ciência, falar o que a ciência é importante, até hoje faço pesquisa, acho que a gente precisa fazer ciência, produzir coisas, acho que as pessoas saberem e terem dados, inclusive, dos seus locais não tem a ver com isso, mas a gente precisa tomar cuidado, precisa tomar cuidado com o que é que a gente faz com isso – e aí, por exemplo, o que virou a questão das vacinas na minha percepção é um pouco disso. Você acha que a saúde coletiva pode ajudar enormemente, dar indicações, mas eu vejo que a saúde coletiva é o campo, é a área que tenta proporcionar isso, tenta chamar atenção, inclusive, para formas de trabalho, modos de trabalho. E aí eu não sei se, por exemplo, tem uma coisa que eu acho que é também importante da saúde coletiva que, muitas pessoas da saúde coletiva estão empenhadas em transformar nossa realidade, em mudar o que a

gente tem. Então é muito importante para o pessoal da saúde coletiva publicar coisas que sejam acessíveis para quem trabalha aqui no nosso país. Então você começa a ver que tem muita publicação que não é publicação internacional, mas que é publicação em português, especificamente para conseguir fazer chegar nas pessoas, que são as pessoas que estão no cotidiano dos serviços dos trabalhos. Então eu acho que esse é um mérito pensando na saúde coletiva, de deixar um pouco de lado essa coisa fama Internacional, para tentar aqui, para tentar mudar a nossa realidade e mudar as práticas. Acho que a saúde coletiva questiona bastante as práticas nos serviços, do que é que acontece.

(Algumas horas depois de finalizada a entrevista, Clarice entrou em contato com o entrevistador por uma plataforma virtual e complementou algumas ideias que, a seguir, estão transcritas)

Acabei de abrir meu *e-mail* e vi que faço parte de um grupo de pesquisa cadastrado no CNPq que é multiprofissional! E as pessoas se tratam muito bem, colaboram umas com as outras e fizemos questão que a coordenação desse grupo seja representada por profissionais diferentes. Diferente de ficar somente cada um com sua turma, ex. médicos com médicos, dentistas com dentistas etc. Ou incluir outros profissionais, mas não fazer nenhum esquema de rodízio para que diferentes profissionais sejam de fato chefes do grupo. Vejo que acabam subordinados a quem o criou. Esse grupo também garante um efeito de continuidade, mesmo com as pessoas mais antigas se aposentando e saindo, passando de quase de geração para geração. Eu fico muito contente em ser parte disso. Garantir essa sensação de continuidade, considerar o trabalho feito pelas diferentes pessoas que vieram antes e seguir fazendo, mudando. Ele se chama Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. E fiquei pensando que deveríamos ser exemplo em relação a isso também. Que políticas relacionadas à produção de conhecimento podem ser utilizadas para estimular maior colaboração. As pessoas deveriam ter mais opções de estarem em espaços como o que fazemos no nosso grupo de pesquisa/estudos, com: alunos da graduação de medicina e psicologia, profissionais variados (temos pessoas da rede de saúde, psicólogos, TOs, enfermagem), e gente da rede da sócioeducação, gestores de serviços públicos, residentes (saúde da família, medicina de família e comunidade e, eventualmente, psiquiatria), alunos de mestrado (farmacêuticos,

psicólogos, médicos, dentistas, enfermeiros), antropólogo e convidados variados. Penso que tudo isso colabora para boas discussões. Ontem um dos médicos de família, "bem medicação", bastante autoritário e, que entende o cuidado bastante médico centrado, me enviou uma mensagem de modo privado perguntando se as meninas que estavam apresentando a pesquisa eram psicólogas. Elas são alunas de medicina do 2 período e estão dando continuidade a uma pesquisa que começou com meu aluno de mestrado. Pra mim, esse é um indicativo de como as pessoas não estão habituadas a lidarem com essa diversidade, muito menos entenderem que estudar a percepção do processo saúde-doença em diferentes grupos sociais pode ajudar no cuidado, inclusive cuidado médico. Esta pessoa que me enviou a mensagem teve muita dificuldade em mudar o escopo de seu projeto de mestrado quando eu disse que chamar atendimento remoto de telemedicina era restringir e ao mesmo tempo não correspondia à realidade, pois quem se ocupava do atendimento remoto não era somente o médico.

ENTREVISTA Nº 4

IDENTIFICAÇÃO	
Entrevistada (pseudônimo): RICARDO	
Formação profissional: médico psiquiatra	
Maior título acadêmico: doutor	
Atuação profissional: professor em cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, pesquisador.	
Tempo de envolvimento em estudos ou debates a respeito do trabalho em saúde mental: mais de 15 anos	
Data da entrevista: 19/11/2021	Duração da entrevista: 1h12min55s

ENTREVISTADOR – Há quanto tempo, Ricardo, você estuda ou trabalha temas ligados à saúde mental?

RICARDO – Faz uns quinze anos, quinze a vinte anos – acabei a residência em 2005. Então é isso, uns quinze anos.

ENTREVISTADOR – O que você entende por interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental?

RICARDO – Eu aprendi sobre interdisciplinaridade e mais, sobre transdisciplinaridade, no meu primeiro emprego em CAPS. Na residência a gente praticamente não tem contato com outras profissões e, na verdade, as outras profissões são colocadas no nível de subalternidade em relação ao médico, principalmente quando é hospital. Então, na residência, eu tive uma experiência meio “anti-interdisciplinaridade”, em que quem decide as condutas clínicas das pessoas que estavam internadas em uma enfermaria eram os médicos, e ponto final. Existiam psicólogos e terapeutas ocupacionais, mas eles serviam mais para enfeitar o lugar ou para fazer coisas que o psiquiatra entendia como algo de psicólogo, que é: fazer atividades, fazer grupos, fazer psicoterapia, quando, na verdade, a verdadeira decisão de por que a pessoa estava ali, por quanto tempo ficaria, isso era uma decisão médica. Bem, por que eu estou contando essa história toda? Porque quando eu fui trabalhar em CAPS – ainda bem, eu tive essa sorte de entrar numa equipe potente, numa equipe brigona que me punha no meu lugar, que brigava comigo... “quem é esse médico que está vindo aqui falar isso?” – então, a gente

tinha reuniões de equipe em que a gente planejava o cuidado de vários casos. Para mim, a inter e transdisciplinaridade, principalmente, ela passa por um planejamento conjunto do cuidado da pessoa. E aí está uma grande diferença, porque a gente pega os núcleos e aí sim, aí a gente discutia a pessoa. Então: “eu tenho a pessoa x que está em crise, que não está bem, e qual é a história dela? O que pode ser feito?”. Era uma coisa interessante que, mesmo quando tinha usuários em crise que ficavam no leito do CAPS – então eles ficavam, entre aspas, internados – a decisão de quando ele ia sair ou não era uma decisão conjunta entre a equipe e entre a pessoa, e este é um ponto. Outro ponto da interdisciplinaridade é quando um trabalhador, uma profissão aprende com a outra. É quando a gente manda para a cucuia os conselhos de classe que, na verdade, são entidades anti-interdisciplinaridade. E, por mais que todo o conselho de classe – enfermagem, psicologia, terapia ocupacional – eles tenham um discurso que é bonito: “a gente preza pelo trabalho interdisciplinar”, mentira! Porque, na verdade, reforçam com os trabalhadores a existência de um núcleo que não pode ser invadido, não é? O ato do enfermeiro, o ato médico, o ato sem do psicólogo, a avaliação do assistente social... e, trabalhando em CAPS, a gente vê que no território esse tipo de picuinha simplesmente não faz sentido para o cuidado da pessoa. Então eu aprendi no trabalho interdisciplinar, por exemplo, que às vezes não era nem com o terapeuta ocupacional ou o psicólogo, mas era com o técnico de enfermagem que se fazia grupo de futebol, e eu participava do grupo de futebol, que eu escutava histórias dos usuários sobre o outro ponto de vista, a partir da narrativa do futebol. Por exemplo, eu sou péssimo em futebol, eu não sei jogar futebol, mas eu adorava participar do grupo porque os usuários me contavam histórias que não apareciam no consultório: eles diziam que usavam cocaína e *crack*, e gente que eu falo assim “nossa, não fazia ideia de que você usava isso”, porque ele tinha medo de que fosse pego no teste *antidoping* para o INTERCAPS ou para olimpíada dos sindicatos, eu achava isso fantástico. Com o assistente social eu aprendi sobre o SUAS, que a gente não aprende isso na universidade. Sobre os benefícios possíveis a que uma pessoa pode ter acesso, sobre o cadastro único, sobre o que era o bolsa família na época, que agora foi destruído, sobre a isenção no transporte, na conta de luz. Então, ter esse aprendizado do saber de outras profissões foi enriquecendo a minha clínica. Então, quando eu fazia uma conversa, tirava uma história, eu prestava atenção em pontos da história que eu não prestava antes, por quê? Porque o momento de

reunião de equipe, além de ser um momento de planejamento do caso, é um momento de troca, de educação permanente, eu acho esse elemento fundamental. Para isso, eu preciso ter reunião de equipe em que a equipe aprende com ela mesma, mas não aprende assim, tipo: o psicólogo ensinar “ó, se faz grupo assim”, mas é a partir da clínica. A partir do caso, o assistente social traz elementos e explica que elementos são esses, mas de um jeito em que a pessoa tem consciência de que “ó, eu estou fazendo isso para que vocês, da próxima vez, façam isso também”. Esse tipo de abertura fez com que eu, como médico, naquela época, eu ficasse menos possessivo com meu conhecimento, e então eu então falava sobre os psicotrópicos, eu dava aulinhas sobre os efeitos colaterais etc. a crítica ao diagnóstico e, na época, eu era até menos crítico ao diagnóstico. Eu fui perdendo o medo de dividir esse meu saber com os outros profissionais. Então, para mim, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade têm essas camadas: a camada do planejamento conjunto, a camada da educação permanente, a camada de você se desprender do seu saber e partilhar com o outro, e a camada de que você vai apoiar o outro a usar o seu saber. E é por isso que eu gostava tanto de trabalhar em CAPS, e o CAPS, quando tem uma equipe potente, me ensinou muito a trabalhar em equipe.

ENTREVISTADOR – Você me contou que, durante a residência médica, teve uma experiência anti-interdisciplinaridade. Na sua opinião, o que levou sua formação a ser anti-interdisciplinar? Isso acontece em outras formações médicas?

RICARDO – Claro! Somos psiquiatras, somos nós! Claro que tem toda a institucionalização da formação médica enquanto lugar de poder. Tanto que no Brasil, mesmo em escolas novas, ter a vivência de disciplinas interprofissionais não é assim. Por exemplo, uma coisa que eu vi em poucas faculdades: a Universidade X tinha algumas disciplinas junto, a disciplina era a mesma para a fono, a medicina, a enfermagem... ou seja, a gente aprendia junto, então esse é o tipo de disciplina interdisciplinar, inclusive. Até teve um tempo atrás de um PET do Ministério da Educação que, na época, era povoado por pessoas inteligentes que até tinham tentativas de criar políticas de fomento na universidade para a criação de disciplinas interdisciplinares. Ele vingou pontualmente, mas, em geral, não é bem-vindo. Então a informação que eu tenho, porque eu sou professor também, até hoje os alunos me

falam assim: “olha, eu estou terminando o sexto ano do curso de medicina eu não sei o que um terapeuta ocupacional faz, não faço a mínima ideia, eu nunca vi na vida, eu acho até que é lenda urbana, existe um terapeuta ocupacional?”. Agora, falando um pouco da minha experiência de professor numa universidade super quadradinha que é Universidade Y, onde o pessoal fala assim “o que é que um enfermeiro faz? um enfermeiro clinica?”, a galera não tem noção que enfermeiro clinica, que enfermeiro pode prescrever, que o enfermeiro faz exames, que o enfermeiro dá diagnóstico, tira uma história ampliada também. “Enfermeiro é aquele que ajuda o médico” - eu tenho muito essa resposta. Ajuda o quê? É uma secretária? A galera tem umas fantasias... é como se os outros profissionais fossem serventes do médico e, por que a gente tem essa impressão? Porque é uma formação focada apenas com o profissional. Além de que, o estudante de medicina pouco tem contato com professores de outras formações. Algumas faculdades, principalmente as mais novas, têm um pouco disso, mas ainda é muito pouco. Ou seja, às vezes tem uma professora que é enfermeira, o professor que é enfermeiro, o que é psicólogo ou psicóloga, mas isso é exceção. E aí, quando chega na residência, o médico não é formado – e eu também me e me e coloco nesse bolo, porque eu pensava assim. A gente, na verdade, não quer aprender essas coisas, o nosso fetiche está em aprender a cura, a gente quer aprender a dar um diagnóstico e a salvar as pessoas. Porque esse tipo de fantasia a gente alimenta, e é fomentado que a gente alimente isso de que “eu vou ser o profissional da salvação da alma do outro, eu vou curar, eu vou salvar, eu vou resolver o problema”, então eu entro na residência, e eu entrei assim também. Eu vejo, na minha experiência e de vários estudantes em especialização nas residências que eu já participei, que o interesse é este: conhecer o diagnóstico e conhecer os medicamentos. Por isso, esse foi um dos motivos que eu desisti de dar aula em residência de psiquiatria, falei “não, chega para mim”, eu desisti, eu prefiro ficar dando aula em residência de medicina de família ou saúde da família, que até prefiro a galera da residência multiprofissional, porque eu já desisti, porque é uma força deformativa muito forte para não se interessar e não considerar a interdisciplinaridade como uma ferramenta clínica – isso não é só é o arcabouço formativo, mas como também a maior parte do e dos professores ignora essa potência, ou tem uma visão muito limitada de interdisciplinaridade, em que é, tipo, uma reunião clínica: “e aí você nutricionista, fala a sua opinião”, ou seja, o cara está dizendo assim para mim “fala aí a sua opinião

que eu não vou seguir não”, é só por uma educação de dar voz para a pessoa, mas o poder decisório de quando vai ser alta, de vai ser o tratamento, a linha de ação enquanto a pessoa está internada ou quando a pessoa tem um bom acompanhamento ainda é do médico. Enquanto houver este bloco de saber que tem origem muito, claro, na questão da categoria, se fortalece no Brasil, sendo um país desigual e extremamente autoritário também, esse saber menos se fortalece. Isso impacta também de dupla via na formação.

ENTREVISTADOR – Você me conta que vem de uma formação médica, encontra o CAPS e que o contato com a interdisciplinaridade se dá quando alguém questiona a sua posição de poder, como um médico...

RICARDO – Isso me salvou! Mas pode continuar...

ENTREVISTADOR – E você fala sobre a relação entre a equipe. O que caracteriza a relação, de fato, interdisciplinar?

RICARDO – É uma relação de debate, de briga e de discussão, de disputa, que seja feita em um espaço onde isso possa acontecer de uma maneira supervisionada. A partir de um espaço... e isso era legal, a galera da saúde mental tem uma tecnologia que poucos lugares do campo da saúde têm, que a tecnologia da supervisão institucional. Então, quando trabalhei em CAPS no município que valorizava a supervisão institucional – e nenhum CAPS ficava um mês sem supervisão – era uma coisa, era na *cidade x* que eu trabalhei. A *cidade x* em hoje, acho, tem doze CAPS, na época eram dez, não lembro. Mas todos os CAPS tinham supervisão institucional, então acabava tendo a cada quinze dias, a gente tinha uma pessoa de fora... que a gente teve, uma época, o nosso supervisor institucional, para você ter uma ideia, foi o *homem y*, que foi coordenador de saúde mental, o município pagava a viagem para fazer a supervisão, e era um momento riquíssimos. Eu lembro até hoje que tem que teve uma vez que ele falou para a gente: “vocês enquanto equipe, vocês estão conversando de pontos diferentes”. E ele falava isso principalmente com o profissional técnico de enfermagem, porque às vezes fica, tipo: um médico, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um assistente social têm um nível de debate, e aí a gente quer falar além disso, a gente quer falar do técnico de enfermagem também, a gente quer falar do auxiliar de enfermagem que está lá no CAPS e que, às vezes, fica boiando nessa discussão porque as formações são diferentes. E

o *supervisor x* falou assim para a gente: “enquanto vocês não pararem para pegar na mão e trazer para discussão o restante da equipe que estava olhando, vocês não vão ser uma equipe”. Cara, aquilo explodiu minha mente na hora, e aí a gente falou assim “mas o técnico de enfermagem, a formação é dois anos; auxiliar é um ano e meio de formação”. E aí a gente foi descobrindo que a galera... porque Brasil, a gente sempre põe isso na conta, é um país desigual. Então o técnico enfermagem, ele tem uma formação menor e tem uma formação, inclusive, de questões mais básicas da desigualdade, da assistência social, do que é o capitalismo. Então a gente pactuou entre a equipe que a gente ia falar sobre o capitalismo, sobre modos de produção e de como a sociedade se organiza, para trazer a galera, os técnicos de enfermagem. Com o tempo, aos poucos, a gente fez uma formação mesmo, não comprou um curso aí em qualquer lugar ou a secretaria fez, a equipe montou um curso para os técnicos de enfermagem. Curso não, é um curso entre aspas, não era bem um curso, eram momentos formativos no formato de educação permanente, onde a gente discutia questões do cotidiano, tinha leitura, falava, aos poucos fomos introduzindo a questão da reforma psiquiátrica, o histórico de por que a gente chegou até a aqui. E aí, depois que a gente fez isso, a gente trouxe mais a equipe para, mais ou menos, o passo de uma outra parcela da equipe. Então sim, para mim, uma equipe tem que ter um momento, e isso para mim é um pré-requisito, ela precisa ter um espaço para fazer tudo isso, semanal de preferência, que tem que ser ao mesmo tempo. Um espaço de planejamento, um espaço de discussão, um espaço de partilhamento de saber e de educação, de formação permanente. Considerando que a gente tem que ter reflexão, a gente tem que ter uma supervisão externa que não é o gestor, para ajudar a gente a fazer esse movimento institucional, o supervisor cutucava a gente também, que às vezes a gente estava funcionando bem legal enquanto a equipe, mas a gente não estava escutando o usuário. E aí a gente falava assim “a gente está azeitado aqui enquanto equipe”, mas, às vezes, até pior ter uma equipe bem redondinha se é uma equipe autoritária, porque ela se torna uma autoritária eficiente. Então, olha como é importante ter esse momento de reflexão, e tem que ter uma gestão que banque, uma gestão que banque o problema enquanto uma questão emergente. Isso aí é uma coisa óbvia, isso é uma grande diferença. Vou aqui contar uma experiência: a minha diferença para a *cidade x* e a *cidade z*... A *pessoa u* não gosta que eu fale isso, não é que eu sou preconceituoso... a gente é preconceituoso: é que o paranaense, para mim, é

um protofascista. Não em termos de pessoa, você deve ser um cara gente boa, mas enquanto estrutura social. É uma história social autoritária. E daí sai das aparências, e eu que venho de uma outra tradição de gestão, eu percebo isso muito bem. Então aqui, e olha que eu aqui na *cidade z* já participei de vários espaços de gestão ao ponto de desistir de estar na gestão, porque não importa se é PT, PCdoB ou se é PSL, há uma lógica autoritária que é predominante. E por que falo tudo isso? Porque aqui o problema é para ser abafado. Então, se numa equipe alguém fala um erro, diz uma coisa que errou, de um problema que está acontecendo, isso é visto como algo ruim, isso não pode aparecer no coletivo da gestão paranaense. Então tem que aparecer o belo. “Não é não! Isso tem que ser a abafado” – e isso, este abafamento é muito ruim para a formação de grupalidade. Essa é uma das razões que eu tinha mais dificuldade de fomentar trabalhos em equipe no Paraná do que no *estado j*. Já lá na *cidade x*, que tinha uma tradução mais do movimento popular de saúde, o problema, até pelo gestor mais quadradinho autoritário, o problema não é visto como um problema, é visto como uma questão natural dos processos de gestão. E esse tipo de formação me formou um gestor assim. Então eu brincava, eu vou falar um palavrão aqui, mas eu brincava, quando eu me tornei gestor, e eu fazia muita gestão de pessoas, porque quando vim para a *cidade x* e eu saí da *cidade z*, eu tinha uma posição de gestão lá, eu era da gestão distrital de saúde mental, e eu fui convidado aqui pelo secretário de saúde e pelo coordenador de saúde mental aqui da *cidade z*, para fazer a municipalização dos CAPES. Então, me foi dada a tarefa construir 12 equipes de CAPS do zero, falou assim “ó, você vai ter que fazer um processo seletivo, mas é um concurso, e formar equipes”, e eu brincava com esses trabalhadores assim: “eu ficarei muito feliz quando vocês tiverem a coragem de me mandar tomar no **”. Esses trabalhadores se assustavam: “mas como assim?”. Eu: “sim, sim, porque quando você sugere isso, eu ficarei feliz, porque isso quer dizer que vocês têm a coragem suficiente de dizer que têm problemas nos seus serviços, que vocês não vão esconder nada de mim, e eu não vou repreender ninguém por me xingar, por falar problemas e tal”. E isso é saudável porque, ao mesmo tempo que eu falo isso, eu também falo “e também não esperem de mim o resolvidor de problemas”. Então eu sempre falava assim “o problema está aqui, o que é que a gente vai fazer para resolver esse problema?”, porque foi assim que eu aprendi na *cidade x*, e quando eu vim para a *cidade z* não era a lógica, era outra: o problema está lá e eu tenho que resolver, e eu tenho que buscar a solução da minha cabeça.

Às vezes, Eduardo, vinha soluções assim, por exemplo: “ah, o problema é que o CAPS A e o CAPS B... o problema é que o CAPS A tem quinhentos usuários inscritos e o CAPS B tem duzentos usuários inscritos, o que é que a gente tem que fazer? Transferir cem usuários do CAPS A para o CAPS B”, aí eu falava “não! Não faz assim, isso é diáspora, vai pegar as pessoas obrigadas? A gente tem que conversar com a equipe, a gente tem esse problema, o que vocês vão fazer?”. E aí o pessoal falava “mas deixe, isso demora”, eu falei assim “mas democracia é assim, democracia demora”. Então equipe tem tudo isso para falar, que tem um aspecto democrático. Se eu não tenho democracia institucional, democracia de lidar com os processos de gestão, eu não tenho equipe. Regimes autoritários, instituições autoritárias não geram equipe, geram é subalternos, súditos, soldados ou sei lá o quê.

ENTREVISTADOR – Ricardo, você fala de gestão em vários níveis. Qual você acha que é o papel das políticas públicas de saúde no favorecimento ou desfavorecimento de um trabalho interdisciplinar em saúde mental?

RICARDO – Legal. Eu posso dar o exemplo de uma política pública fantástica que fez esse papel de fomento, que é a falecida PNH, a falecida porque foi enterrada ainda no governo da Dilma Rousseff, foi uma pá de cal, enterrou a PNH brasileira. Qual era a sacada da PNH brasileira? É a antítese do gerencialismo que pauta a teoria geral de formação de equipes. O que é que o gerencialismo fala? Que você tem que ter protocolos, é muito POP, POP, POP, os enfermeiros adoram POP. E aí, com isso, eu vou organizar o ambiente de trabalho, e eu dou muito curso, eu faço curso, curso, eu entendo a formação de um jeito bem anti-paulofreiriano, que eu vou lá e faço vários cursos com esses trabalhadores. A PNH é a antítese desse gerencialismo de auditorias ou de acreditação que vigora hoje no ambiente de gestão, isso não só no sistema de saúde, mas geral. Mas a PNH, ela tentou fazer uma contracorrente. O que é que a PNH fazia? Ela contratava apoiadores, ela trabalhava alguns teóricos no Brasil, como o Gastão Wagner, o Eduardo Passos, a Regina Benevides... uma galera que tem experiência e tem muita teorização sobre o trabalho em saúde. Eles falaram assim: “não, eu preciso ter pessoas que apoiem equipes”, então eles contrataram um exército de jovens tipo eu e você e uma galera assim, eu falei assim porque na época era jovem, e aí pagava cinco mil de uma bolsa para você estar no município. Então, por exemplo, quantas vezes eu ia falar

para a *cidade p*, fazer consultoria, problematizar com a equipe, levar ferramentas. E isso é interessante, as ferramentas da PNH eram ferramentas da clínica ampliada, pautadas no trabalho de democracia institucional. Então esses princípios: matriciamento, reunião de equipe, discussão horizontal, supervisão, a lógica do apoio, o fazer junto, a discussão de caso, o projeto terapêutico singular, discutir os saberes e poderes, o lucro, o campo, várias teorias...até isso é tema de várias aulas, mas várias teorias a gente levava não só na forma de curso, mas na forma de apoiadores que, muito na lógica, e isso era legal porque Eduardo Passo era um psicólogo da Federal Fluminense que ajudou muito criar essa metodologia, que era um pouco parecida com a supervisão institucional. Ele falava isso para todos os apoiadores da PNH, a gente tinha um instituinte. Então era um trabalho, Eduardo, bonito, porque ele era um trabalho de formação *in loco*, e esses apoiadores iam para várias equipes. Eu lembro que é muito difícil ensinar ou refletir sobre coisas que muitas vezes não são concretas para maior parte dos trabalhadores de e saúde. Então, por exemplo, uma vez uma enfermeira me perguntou assim “mas eu não estou entendendo esse negócio da PNH” e era uma enfermeira que era muito rígida, era, tipo assim, da qualidade de hospital, e eu brinquei assim com ela “minha filha, às vezes para eu ter uma política de humanização não é eu ter um sorriso no rosto, mas eu mudar a forma de trabalhar, eu tenho que mudar às vezes, eu tenho que destruir a qualidade do hospital”. Eu acho que a PNH é um bom exemplo de como uma política pública pode induzir arranjos de um maior e sedimentação formação de grupalidade nas equipes.

ENTREVISTADOR – Ricardo, planejamento conjunto, educação permanente, apoio matricial favorecem o trabalho interdisciplinar ou não?

RICARDO – Claro, sempre é. A gente sempre usava, usa até hoje, como foco a clínica, então toda a formação teórica que não tem como substrato o processo de trabalho real da e equipe, ela é alienígena. Então a gente sempre trazia que a clínica é o ponto de partida para discussão de qualquer aspecto formativo, igual o Gastão falava na época, falava na época “a clínica, a pedagogia e a gestão são indissociáveis”. Para mim, naquela época, eu não entendia muito bem essa frase, mas para mim hoje é claro, porque eu hoje eu sou professor, naquela época era mais gestor, mas hoje eu sou professor. A pedagogia tem princípios muito parecidos com o que a gente fazia com os com os trabalhadores, não é questão da

metodologia ativa, de trabalhar uma situação problema, de trabalhar o contexto do aluno... é a formação participativa. Então interessante isso que, o fato de eu ter essa experiência na clínica, me fez, eu me entendo assim, me fez um professor melhor do que se eu não tivesse essa experiência prática da educação permanente em um serviço que tem, e pode parecer imperceptível para alguns, mas que tem vários princípios de uma pedagogia militante e de que, aqui no Brasil, é um grande expoente que é o próprio Paulo Freire... então é por isso que a gente da saúde, a gente utiliza muito o Paulo Freire, porque ele contribuiu muito para essa forma de pensar da educação permanente.

ENTREVISTADOR – Ricardo, com uma equipe de CAPS você decidiu discutir modos de produção. Aspectos amplos do macro podem influenciar a realização interdisciplinar?

RICARDO – Isso é trazer a política para a discussão, isso é uma questão bem importante porque a reabilitação psicossocial, a atenção psicossocial, o trabalho na saúde mental, que é muito contextual... se eu despolitizo, se eu tecnicizo essa discussão, eu acabo tendo um olhar em que elimino fatores que muitas vezes são mais importantes do que aquela clínica mais quadradinha que a gente aprende na universidade ou na residência. Quantas vezes em alguns CAPS, por exemplo, a gente tem a situação de uma pessoa que está passando fome, que o filho usa drogas, que apanha do marido, e que está triste, que não está dormindo à noite, e que o que é oferecido para ela é um grupo de culinária e um grupo de jacaré de miçanga, sabe? E para um trabalhador, às vezes isso pode... mas hoje em dia você, quando tem um olhar político da clínica, você fala assim “para essa pessoa não está funcionando jacaré de miçanga”, “isso que a gente oferta aqui no serviço, essa modalidade de ofertas não tem nada a ver com os problemas que a gente está encontrando na comunidade”. E a beleza da atenção psicossocial é isso, porque atenção que é psicossocial é uma luta contra o diagnóstico, esse diagnóstico que nos limita. É uma luta para eu ampliar a compreensão do sofrimento, não para negar o sofrimento. Os psiquiatras, eles colocam essa pecha na atenção psicossocial: que é um bando de gente que diz que doença não existe. Não! É um bando de gente que entende o sofrimento em cima de um olhar que é mais amplo do que a doença, e que vai acolher o sofrimento. Mas não é, quase sempre, assim... é buscar com a pessoa canininhos que muitas vezes não passam pela clínica. Então, eu

poderia dar vários exemplos aqui para você. Eu lembro, por exemplo, um mais recente com os médicos do Mais Médicos: eu, uma época, era supervisor de médicos do Mais Médicos, e aí o pessoal pedia para fazer visita junto, aí eu fazia visita e o médico que estava lá vendo a pessoa, a pressão e, era uma senhora que usava oxigenioterapia recentemente. Então ela tinha o aparelho em casa, aí gastava energia aquele aparelho, e aí o médico está vendo a pressão, se estava tomando os medicamentos direitinho ou não. E eu percebi que o filho da mulher, que morava com ela, estava muito cabisbaixo, e aí dá esse *feeling* esse *insight*... você vai conversar com o cara “e aí, como é que estão as coisas, eu quero saber como é que estão as coisas, eu estou vendo que não está muito bem, tá meio aí pra baixo, o que que tá pegando”?, e aí o cara começa a falar “ó, tá puxado, o aluguel é o quinhentos reais aqui, a aposentadoria da minha mãe, o governo pediu prova de vida, e a gente está há três meses sem receber, eu estou desempregado, estou fazendo uns bicos, e aí veio esse o respirador de oxigenioterapia que a minha mãe precisa, cara, a conta de luz dá quinhentos reais... e aí quinhentos de aluguel... que a gente tem de dinheiro para comer?”. E aí: “cara, e você tá com a conta de luz gratuita já?”, e aí o cara falou assim pra mim “que conta de luz?”. Falei “” tem aí um troço, é só ir no cadastro único lá no CRAS, a gente preenche o papel e você tem isso”. O sorriso do cara se abriu, assim sabe, falou “pô, Dr., nossa!”. E é isso, às vezes o cara está lá, está vendo o anti-hipertensivo, mas não tem impacto nenhum na vida da pessoa. Mas ao mesmo tempo, Eduardo, por exemplo, eu tenho que ter consciência também que, às vezes, a pessoa está desempregada, que se eu trabalho CAPS AD, por exemplo, que muitas daquelas pessoas... eu vou tratar pessoas que trabalham no tráfico e que eu tenho que ajudar elas a serem bons traficantes. Que não cabe a mim julgar, porque eu tenho que entender que na favela onde ele está, na comunidade, aquilo é a possibilidade de a ascensão social, e que para aquela pessoa o dinheiro do tráfico garante dez, quinze mil por mês, e que para ele fazer oficina de geração de renda para ganhar duzentos reais por mês não vai adiantar de nada. Então, eu preciso ser político, eu preciso ter uma clínica politizada para eu compreender que o sujeito em sofrimento, ele vive em um mundo que é político. Então é por isso que é interessante que as discussões nesse serviço que eu trabalhei, que foi o melhor, eu trabalhei três anos nesse CAPS, que para mim foi a verdadeira residência. Eu fiz lá no hospital das clínicas da *universidade i*, mas foi no

CAPS que eu aprendi a ter uma discussão que envolvesse uma clínica mais ampliada e uma clínica também politizada.

ENTREVISTADOR – Aproveitando que você falou agora da reforma psiquiátrica, qual relação você vê entre reforma psiquiátrica e trabalho interdisciplinar?

RICARDO – Tudo. Na psiquiatria, a pessoa não vai ter interdisciplinaridade nenhuma, porque a psiquiatria é um núcleo de saber médico. É a atenção psicossocial, exatamente porque ela não trabalha com diagnóstico categorial, ela trabalha com a lógica do território, e isso é muito forte, eu preciso, é uma necessidade ter outros saberes olhando aqui aquela pessoa e construindo cuidados com essa pessoa. Então, esse é o princípio, é por isso que no Brasil, isso é bem interessante, os serviços, olha só que legal, que mais absorveram a PNH no Brasil foram os CAPS. A PNH foi pensada para hospitais, foi muito bacana... assim, os hospitais deram uma banana para a PNH, e rapidamente rapidamente saiu a PNH de foco e entrou a acreditação: 4S, matriz Swot, FOFA... esses bagulhos gerencialistas que são muito furados, e eu falo com propriedade porque eu já fiz MBA e sei que é um conhecimento que dialoga pouco com a prática. Bem, primeiro os CAPS, a atenção primária um pouco, menos, mas os CAPS absorveram muito o profissional de referência, um trabalho transdisciplinar, o planejamento, o cuidado... foram a tipologia de serviço de saúde que mais absorveram esses princípios de organização do processo de trabalho em cima de uma pauta de democratização institucional. Por quê? Porque tinha muito a ver com a lógica da reforma psiquiátrica. Não é à toa que uma boa parte dos psiquiatras odiavam trabalhar em CAPS, porque não suportam ter o seu saber questionado, porque não suportam ter que dialogar em cima de uma outra linguagem do sofrimento que não o diagnóstico. Porque toda leitura do sofrimento diferente do diagnóstico é não científica, é não legítima. Antigamente era mais, hoje é um pouco menos, ainda bem. Mas antes, lá no início dos anos 2000, para conseguir arranjar psiquiatra para trabalhar em CAPS era um martírio, era muito, muito difícil. Ou era psiquiatra da reforma psiquiátrica – o psiquiatra anti-psiquiatria – ou então aquele cara que está devendo, que acabou de separar, tem filho estudando, está precisando de grana, tinha que trabalhar no CAPS. E tinha os jovens como eu, que caí de paraquedas, que não sabia o que estava acontecendo, não tinha experiência nenhuma. Eu conheci vários psiquiatras

que se transformaram a partir do CAPS, e não é à toa que, hoje, quando a ABP veio com aquela palhaçada toda de fazer um revogaço, de revogar um monte de portarias que foram construídas, que construíram essa rede de atenção psicossocial que a gente tem hoje, fez-se rapidamente um movimento contra e a gente conseguiu assinatura de 1000 psiquiatras contra, acho que o pessoal da ABP ficou até meio assustado, porque eles têm 5000 afiliados e, em alguns dias, a gente conseguiu assinaturas. Quer dizer que tem esperança, que tem hoje em dia bastante psiquiatra mais crítico. E até porque não é dono de hospital psiquiátrico, e sabe que quem mais explora o médico é o próprio médico que é dono de plano de saúde, de hospital psiquiátrico e tal.

ENTREVISTADOR – Ricardo, como você vê a possibilidade de articulação intersetorial para a realização do trabalho interdisciplinar?

RICARDO – Essa aí é mais difícil. Tem um nível que é o trabalho da equipe intrassetorial, digamos assim, a equipe do serviço. Tem um outro nível de dificuldade que o cuidado em rede, pensando a rede de saúde, que já é um quebra pau. Quando eu ponho num território equipes da atenção primária com equipes de CAPS é sempre um quebra pau. Mas como está dentro, digamos assim, de uma mesma unidade administrativa, um distrito sanitário, quando eu tenho um distrito sanitário potente, a gente cria arranjos em que as equipes se conversam. Então, por exemplo, na cidade x, a gente tinha reuniões fixas e lá surgiu a teoria do matriciamento. porque a gente já fazia isso há um tempão, de reuniões permanentes entre as equipes da atenção primária e as equipes do CAPS, antes de existir NASF. E reuniões não de todo mundo com todo mundo, mas o profissional aquele... a Maria, a psicóloga Maria do CAPS A, ela apoia a equipe abelha da UBS A, e a Maria com o Carlinhos e o José fazem reunião sempre para... a Maria participa da reunião de equipe da atenção primária para participar das discussões, e da construção, e do planejamento da queda equipe. É por isso que Gastão, pouca gente entende isso assim, mas a grande pegada do matriciamento é essa personalização da referência e contrarreferência, é quando você aproxima. É por isso que os NASFs não deram muito certo, porque uma pessoa ficava com um Monte de equipe. Não, o lance do matriciamento é “eu faço parte, eu estou no CAPS, mas eu sou parte da equipe abelha da APS, é a equipe que eu apoio, este é o meu território, e os usuários que eu acompanho no CAPS são os usuários da equipe abelha”. E com o tempo não

há essa divisão, então é realmente uma aproximação personalizada de um cuidado com o foco na pessoa, pensando na rede. Bem, isso aí é a problemática intersetorial em rede que ainda é difícil. E aí você está colocando um problema ainda maior quando a gente junta o SUAS, a educação... a gente não tem essa maturidade ainda não, a gente trabalha muito, eu falo a gente porque na época em que eu trabalhava em equipes que, em termos de arranjo de rede, eram bastante azeitadas, que tinha um trabalho de RAPS bem bacana, ainda assim a gente penava com trabalhar com a educação e com a assistência social que, muitas vezes o que eu vejo, esse trabalho acaba sendo reuniões pontuais de discussão de alguns casos, só. Não há um trabalho, por exemplo “vamos acompanhar junto o fulano, fazer um projeto em que utilize recursos das duas políticas”, então isso eu acho que a gente sempre teve mais dificuldade. E uma boa razão para isso, e aí vou contar um pouco da minha experiência visitando outros países, que eu já morei por um ano em Montreal, fiquei um mês em Buenos Aires... na Dinamarca, Espanha, a gente gosta de fazer, eu brinco, turismo de saúde mental. Na Dinamarca ficamos uma semana para conhecer serviços da rede de proteção social e tal. E uma que fica bem clara para mim é que grande parte dessa fragilidade é explicitada pela fragilidade do nosso estado do bem-estar social que é só saúde. Então, por exemplo, no Canadá é um meio termo disso, mas a Dinamarca você tem a rede de proteção social e a rede de proteção social inclui a saúde, e ela é muito forte. Então os “CAPS”, na Dinamarca, são serviços, digamos assim, são serviços da rede de proteção social, e existem os ambulatorios de psiquiatria lá, mas são da saúde. Mas a rede de proteção faz a atenção psicossocial, faz a prevenção e a promoção, e não uma rede de proteção porque, por exemplo... a proposta da ABP de um ano atrás era isso assim “ah, vamos deixar os CAPS para o SUAS, e fica lá para eles”, mas o problema é que aqui no Brasil o SUAS é uma política que tem 0,2% do orçamento, então não é política que tem *status* de estado de bem-estar social. A gente tem aqui uma saúde mais ou menos desenvolvida, mas as outras políticas de proteção social são burocráticas. Se eu comparo um CRAS do Brasil com um serviço de proteção social na Dinamarca, o CRAS parece um cartório. Não é porque ele tem a função de pegar a pessoa para cadastrar no bolsa família, e esse governo transformou isso a partir de aplicativo e tal, em mais burocracia de identificação de bairros, se é de baixa renda ou não, quando, na verdade, a gente já vinha num caminho, e o bolsa família fez isso muito bem, de integração de políticas públicas. Então, no momento que a gente

tinha essa condicionalidade do bolsa família, que o agente comunitário de saúde tinha que pesar as crianças, ver a carteira de vacinação e etecetera, e esse seria o princípio de a gente realmente pensar intersetorialmente, quando eu amarro no nível macro, uma política com a outra, e não deixa, assim, para que o trabalhador sozinho discuta os casos, entre os dois os serviços, se eu não tenho um imbricamento de planejamento, de construção de políticas. E aí para terminar, em Montreal, por exemplo, não tinha o Ministério da Saúde, era Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais, porque entendiam que essa política é uma só, então fazia muito sentido eu olhar abrigos, que a gente chama aqui no Brasil de unidades de acolhimento de idosos, nesse escopo em que a saúde participa também. Porque, o que a gente vê aqui no Brasil? Assistência social desfinanciada, tendo que criar um monte de parceria com igrejas que têm casas de idosos, que morreu um monte de gente na COVID, é isso, sem nenhuma política imbricada com a da saúde. Então, para mim, não é um problema só que, enquanto trabalhadores, a gente tem dificuldade de fazer intersectorialidade. Não! O problema é que a nossa política do estado do bem-estar social é isso, é esquelética; e as políticas públicas não são construídas de uma maneira imbricada. A gente conseguiu fazer isso em algumas coisas, mas no momento atual, no nível de inteligência organizacional que a gente tem, que é nulo neste atual governo, a gente está longe de pensar dessa maneira.

ENTREVISTADOR – Ricardo, como você vê o produto do trabalho interdisciplinar? Qual a diferença para o produto de um trabalho não interdisciplinar?

RICARDO – Eu tenho dificuldade de entender o conceito de produto, mas vou entender o produto como cuidado, a forma de cuidado. E é bem diferente, Eduardo. Não é uma forma de cuidado em que eu tenho um olhar múltiplo, que eu tenho um planejamento conjunto. Eu vou dar um exemplo para você: eu já coordenei uma enfermaria também, foi uma coisa bem feliz, porque eu saí da coordenação de saúde mental da *cidade* x... e é engraçado porque, quando você deixa de ser gestor maior, aí eles falam assim para você “escolhe qualquer lugar para você coordenar”, e aí foi uma maravilha, é uma benesse que dão para os gestores que são tocados para fora. E aí eu escolhi a enfermaria de saúde mental do *hospital* c, que estava começando a enfermaria que tinha quinze leitos, na época. E não só eu, a direção do hospital que era uma direção, era uma galera da PNH, e eles “ó, assim, a

enfermaria de saúde mental tem de ser multidisciplinar, tem de ser interdisciplinar e transdisciplinar”. Então eu tinha experiência da enfermaria da *universidade x* que era horrorosa, que eu falei para você lá... que tinham TO e um psicólogo que ficava fazendo oficina de palito de picolé e a psicóloga que ficava fazendo uma psicoterapia desconectada da pessoa que estava ali. Aí, eu falei “não, aqui a gente tem que ter mais gente”, porque tem isso, tem uma questão estrutural... você precisa ter gente até para bater o poder médico, “então você precisa ter três psicólogos, dois terapeutas ocupacionais e uma assistente social”. Aí o diretor falou assim “nossa, deixe, vai ficar meio caro”, e eu “não, eu abro mão de um médico, e um médico é igual três desses profissionais, então me deixa três médicos só, eu fico sendo um médico também e meio coordenador, mas eu preciso dessa galera”. E fomos conseguindo, montamos uma equipe assim, eu já vinha com esse saber, com essa crítica na formação, de CAPS. Então tudo aquilo que aprendi em CAPS com essa lógica da democracia institucional, eu queria colocar na prática, no hospital. Então, a gente tem que ter reunião de equipe, eu trabalhava muito na lógica de que tem que ter um projeto terapêutico intensivo singular, vai ser intensivo porque o cara fica aqui quinze dias... eu criei um kanban lá, eu dou umas aulas que eu mostro umas fotos, eu compartilhei a gente mostrando o kanban do hospital. A lógica do kanban... eu comprei um quadro branco, eu queria um kanbanzinho, mas não esse kanban tradicional de hospital que tem o nome da pessoa, da medicação. Eu colocava o nome da pessoa; o diagnóstico; e aí tinha uma coluna que era o profissional de referência; na outra coluna era o serviço encaminhador; na outra coluna era o profissional de referência do serviço encaminhador. E eu falava para a galera “o usuário chega, a primeira coisa que a gente tem que fazer é ligar para o serviço encaminhador, a gente liga e pergunta o motivo da internação”. E isso era bem interessante, Eduardo, porque a galera falava assim “ó, o motivo da internação é que ele tem medo de perder num no jogo do INTERCAPS que é amanhã”, e aí a nossa lógica, olha... por que o normal do hospital é chegar a pessoa internada em crise? O que o psiquiatra faz? O diagnóstico... “não, isso aqui é um transtorno delirante persistente”, e o psiquiatra do CAPS diz que é um transtorno esquizoafetivo, aí o psiquiatra da enfermaria fala assim “esquizoafetivo? esse cara não sabe nada, isso aqui é delirante persistente, é óbvio!”. “E porque é delirante persistente, por que que ele dava estabilizador do humor?”. “É por isso que está mal assim, então eu tenho que trocar”. Aí o psiquiatra da enfermaria troca todo medicamento porque, na cabeça

dele, então vai agora dar o certo. E isso leva tempo! Uma semana para trocar o medicamento... aí o cara vai trabalhar nos sintomas e, em uma semana, os sintomas não melhoraram. Na segunda semana, na terceira semana... é por isso que a internação fica longa. Eu, não eu sozinho porque eu não tinha essa inteligência, mas eu conversando com vários psiquiatras que coordenavam enfermarias em hospital geral, a gente conversava muito isso assim “ó, na internação na crise a gente também não pode trabalhar com diagnóstico”, porque a pegada do diagnóstico, que é a pegada uniprofissional, faz com que o tempo de internação, que já é longo, direcione nosso trabalho para uma resolutividade prescritiva. E aí a gente falava assim “não, o foco aqui é a gente entender a crise como um contínuo”, e eu falava isso para a equipe. A equipe assimilou isso rapidinho, até mesmo os psiquiatras, eles assimilaram. Se, por exemplo, o cara no CAPS era um cara delirante, digamos assim, às vezes a equipe do CAPS não queria que o delírio diminuísse, e a gente dava alta para ele, ele delirando. A gente dava alta para ele que qualquer outro hospital consideraria como “ele não está estável”. Ou seja, a gente dava alta para pessoas não estáveis. Porque, na verdade, a gente entende “aqui o cara está em cuidado, ele veio para cá com um objetivo, eu tenho que identificar bem o objetivo específico da internação”: às vezes, era coletar exames, às vezes era para dar um descanso para a equipe, às vezes é pedir assim “a gente quer quinze dias de descanso”. Aí eu negociava dez, treze, doze... o fechou em doze! Então era assim, eu negociava o tempo, é igual negociata de preço de banana, porque a lógica não era estabilizar as pessoas, mas eu ser um ponto de cuidado dentro da crise, que era para ser cuidado em rede. E isso fazia com que a gente tivesse outra rotatividade, a gente recebesse bem os casos dos CAPS, a gente fazia uma regulação compartilhada os CAPS, a gente priorizava CAPS da cidade, e eu liberava os trabalhadores para ir nas reuniões de equipe. Então o psicólogo, o terapeuta ocupacional, eles participavam da reunião de equipe dos CAPS, eles iam lá, eles discutiram o caso, e aí o produto disso é eu entender que as pessoas, que o cuidado das pessoas são um contínuo, e que se eu entendo assim, eu saio dessa arrogância de que naquele momento eu vou ter uma cura, eu vou conseguir fazer uma prescrição salvadora para essa pessoa. Não trabalhar em equipe, o que implica não trabalhar com os conceitos de rede, com os conceitos de arranjos organizacionais da clínica ampliada democráticos, você não trabalhar dessa maneira leva você a ter um olhar, querendo ou não, mais medicalizante no sentido,

não apenas de prescrição de medicamentos, mas no sentido de entender os problemas apenas sob o prisma do diagnóstico.

ENTREVISTADOR – Ricardo, gostaria de saber sua opinião a respeito da participação do campo da saúde coletiva nas estratégias de cuidado interdisciplinar em saúde mental.

RICARDO – Eu acho que a saúde coletiva e os seus teóricos da saúde coletiva contribuíram muito para esse bojo teórico denso que é difícil ser substituído pelo gerencialismo de acreditação. Enquanto a gente da saúde coletiva um pouco falhou nessa criação de bojo teórico para administração hospitalar, para administração em rede, para a administração da clínica do território, a gente foi muito feliz. A gente tem teóricos muito bons e por isso, Eduardo, que esses conceitos perduram. Por exemplo: matriciamento... se eu falar “matriciamento”, todo município brasileiro sabe mais ou menos o que que é, mas no governo federal eu não tenho nenhuma formação para isso. Eu não tenho nenhuma política que fomenta isso, mas ainda assim esse conhecimento ganhou vida, ele é reproduzido, ele continua isso graças ao campo teórico da saúde da saúde coletiva. Então, sempre houve um imbricamento entre saúde coletiva e saúde mental, porque a reforma sanitária brasileira caminhou junto com a reforma psiquiátrica. Foram dois movimentos que lutaram contra a ditadura. A reforma psiquiátrica ainda tinha pontos de identificação maiores, do manicômio, como pontos autoritários também do universo da ditadura, e que potencializou ainda mais. Quando eu olho então essa galera, e um dia espero fazer parte do time dos teóricos da saúde coletiva e saúde mental, é uma galera que está assim... por exemplo, eu faço parte do GT de saúde mental da ABRSCO. E tem a Ana Pitta lá, o Paulo Amarante, tem a Monica Torronté, e são algumas dessas pessoas que estão na ABRASCO – e também, inclusive, eu não sei você sabe, mas a ABRASME é uma costela da ABRASCO, então era os “mentaleiros” da ABRSCO que criaram a ABRASME, eram sanitaristas, mas tinham um viés mais da reforma psiquiátrica e criaram uma outra associação. Mas é uma associação irmã, porque a gente faz um monte de eventos juntos, a gente se conversa bastante para os congressos não baterem, porque o grupo de pessoas, uns quinhentos, mil pesquisadores nesse campo, são os mesmos. E a gente se encontra em vários lugares, em vários lugares encontra as mesmas pessoas... o Pedro o tempo todo, a Erotildes, Eduardo Paes, a Rosana que é agora a presidente da ABRSCO. Então a

gente tem uma “mentaleira” que é presidente da ABRASCO, então há muito imbricamento entre esses dois campos. Eu digo uma outra coisa até, não que seja uma sutileza teórica, que a gente, hoje em dia, discute bastante, e por isso que eu faço parte da ABRASCO e não da ABRASME, que eu acho que tem uma galera, alguns teóricos da saúde mental, que eles vão muito para a saúde mental, que eles ficam focados nos serviços de saúde mental, e esse extremo para mim é um pouco danoso, e por isso eu fico na saúde coletiva. Eu quero ter contato com os médicos de saúde da família, sempre conversando com a atenção primária porque a gente tem que unir as lutas, principalmente a luta em defesa do SUS. Se não houver SUS, não há rede de atenção psicossocial. Então é uma sutileza que eu identifico em vários teóricos, mas existem alguns teóricos que organicamente fazem mais essa ligação com a saúde coletiva e outros que acabam tendo uma visão um pouco mais apartada da saúde mental, enquanto política.

ENTREVISTA Nº 5

IDENTIFICAÇÃO	
Entrevistada (pseudônimo): MARÍLIA	
Formação profissional: médica	
Maior título acadêmico: doutora	
Atuação profissional: professora em cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, pesquisadora.	
Tempo de envolvimento em estudos ou debates a respeito do trabalho em saúde mental: mais de 20 anos	
Data da entrevista: 01/12/2021	Duração da entrevista: 34min01s

ENTREVISTADOR – Há quanto tempo, Marília, você estuda temas ligados à saúde mental?

MARÍLIA – Eu cheguei aqui em 1995, eu vim para o Brasil em 1995, eu já estudava um pouco saúde mental lá, sabe? Desde 1992, nos anos 90... no comecinho dos anos 90.

ENTREVISTADOR – Nesta pesquisa, investigo o conceito de interdisciplinaridade na cena do trabalho em saúde mental. Qual é, na sua opinião, o conceito de interdisciplinaridade nessa cena?

MARÍLIA – Olha, Eduardo, neste aspecto, apesar de que trabalho muito com equipes multi e coordeno uma residência multi, e a gente tem tentado pensar muito em espaços assim, bem práticos e concretos, eu não sou uma teórica da interdisciplinaridade, não é um trabalho que eu tenha me preocupado muito com a categorização. Eu tenho leitura, obviamente, do que distingue interdisciplinaridade de transdisciplinaridade, de multiprofissionalidade, mas não é um tema em que eu aprofunde o estudo. Eu tendo a achar, eu sou uma pessoa muito prática, que a importância desses inter, desses trans, se constrói sempre na fronteira, na borda. Mais importante do que uma grande definição que teoricamente abarque tudo, é como a gente cria condições para sua operacionalização, porque assim, igual a intersectorialidade... porque todo mundo fala que tem que ter intersectorialidade, que tem que ser uma intersectorialidade tão perfeita que nunca a temos, não é? Então eu sou mais do campo do “vamos experimentando, vamos descobrindo juntos que

fronteiras somos capazes de compartilhar” ou, por meio de interfaces entre elas, ou de se ir estabilizando um pouco essas fronteiras das disciplinas, ou das profissões da saúde, que não são fáceis.

ENTREVISTADOR – Como, na prática, ultrapassar fronteiras e ligar essas interfaces?

MARÍLIA – Eu acho que tem muito a ver com um certo clima. Como eu trabalho muito a partir da psicanálise, me ajuda a pensar em algumas categorias no sentido, assim: por que uma criança aprende? Uma criança muito transtornada não consegue aprender, porque se preocupa em se defender, em sobreviver, e não consegue se abrir àquilo que é novo, não tem curiosidade. Usando essa analogia da criança, eu diria que equipes ou grupos multiprofissionais conseguem ser interdisciplinares quando constroem entre si uma espécie de cola de confiança, de confiabilidade, é uma certa sinergia, um certo tesão pelo fazer junto, sabe? Eu acho que isso é superimportante. O Jean Oury falava do coletivo, ele utilizava o conceito de coletivo para tentar identificar esse tipo de trabalho ao qual nós estamos nos referindo. Ele falava assim: é o coletivo que tem uma tarefa comum e alguns balizadores éticos e teóricos comuns, mas que se mantém heterogêneo. Não é um coletivo de todos iguais, é um coletivo de todos diferentes. Só que o Oury, quando pensa isso, ele não está dizendo só de uma complementariedade das profissões, ele está pensando na complementariedade das pessoas, das personalidades. Então, assim, não é porque uma é enfermeira, outro é médico, outro é psicólogo, outro é TO... é porque além disso, da dimensão técnica, um é mais neurótico, outro é mais obsessivo, um é mais alegre. É essa multiplicidade que é capaz de dar um colorido que acho que a gente precisa em uma equipe de saúde mental, sobretudo quando a gente vai pensar nos equipamentos que trabalham com casos muito graves.

ENTREVISTADOR – Então é importante que haja esta intersecção, essa ligação entre disciplinas, entre profissionais, mas também entre pessoas. Como operacionalizar isso em um ambiente de trabalho?

MARÍLIA – Olha, eu tenho um texto em que falo sobre a gestão, que a gestão precisa de um lugar e um tempo. Eu roubei essa frase do Winnicott, o Winnicott falava que o brincar precisa de um lugar e um tempo. E assim, a interdisciplinaridade precisa de um lugar e um tempo, e a intersetorialidade precisa de um lugar e um

tempo. Não vão acontecer por varinha de condão, tem que investir nisso. Então, quando você faz, por exemplo, discussões conjuntas de caso, atendimentos conjuntos, visitas domiciliares conjuntas... no nosso caso, por exemplo, eu coordeno uma residência onde a gente tem o espaço da supervisão o tempo inteiro trabalhado de maneira coletiva, grupal, de todas as profissões que a gente tem na residência, juntas. E também eles podem ter um espaço que é específico, porque, às vezes, a gente também erra nisso, sabe? A gente trabalha muito aqui com o conceito do professor Gastão, de campo e núcleo. Porque tem um conteúdo que é do campo, e aí estamos todos juntos em uma supervisão semanal, mas tem algumas coisas que os enfermeiros têm que aprender, os psicólogos têm que aprender outras, os TOs têm que aprender outras. Então nós fomos, ao longo dos anos, nessa nossa residência, desenvolvendo vários dispositivos de formação, não um só. Para nós, o dispositivo grupal é o principal, porque a gente acredita que esse lugar e tempo acontecem dentro da estratégia grupal, mas a esse dispositivo grupal somam-se disciplinas que são como aulas, nesse lugar e tempo, porque a gente acredita que esse lugar e tempo acontecem dentro da estratégia grupal. É a esse dispositivo grupal somam-se disciplinas que são como uma aula – claro que tem que ter porque é um programa de formação *latu sensu* – e também que a gente chama de seminários, ou de supervisões de núcleo, onde cada uma dessas profissões se reúne só entre eles, com especialistas desse tema... uma professora da enfermagem que nos ajuda com nossos enfermeiros, um psicólogo que supervisiona os nossos psicólogos, uma terapeuta ocupacional que fale com os terapeutas ocupacionais, para tentar calibrar essas duas coisas, porque tem que ter. Esse é outro ponto que eu acho muito preocupante em algumas propostas que a gente tem visto, de interdisciplinaridade, que a interdisciplinaridade pudesse ser atingida com o vazio como ponto de partida, e é o contrário, é o contrário. Eu não tenho que ser um mau psicólogo e porque não sei nada de psicologia vou à interdisciplinaridade, é o contrário. Eu tenho que ter um núcleo tecnicamente e profissionalmente bem constituído para ter essa coragem, isso que eu estava chamando de essa alegria, essa possibilidade de ir para interface da minha disciplina com a do outro, para me abrir ao que o outro pensa, para entender o que o outro faz, “mas, pera aí, o outro estudou outras coisas, ele valoriza, ou a ele chama atenção coisas que a mim não chamam atenção”. Para fazer isso, a pessoa tem que ter um núcleo um pouco melhor assentado, uma certa segurança da sua competência profissional.

ENTREVISTADOR – Você fala de uma disposição que, em certo ponto, é pessoal. Você acredita que existam outros fatores que favoreçam ou desfavoreçam o contato entre as pessoas e entre as disciplinas?

MARÍLIA – Com certeza. Eu tenho trabalhado isso muito a partir das leituras institucionais. Por exemplo, se você tem uma gestão autoritária, as chances de ter um campo mais criativo, mais vivo, diminuem. Se você tem uma gestão mais horizontalizada, aumentam. A gente chama isso de ‘o espaço do ser conjunto’. Eu acho que há um psicanalista que ajuda a pensar muito isso das relações entre as equipes. Então, você tem que ter momentos que ele chama de tróficos, o que é tróficos? É trazer literatura, textos, conhecimentos, compartilhar leituras dos campos uns dos outros. Mas isso precisa de um lugar e um tempo que funcione não muito persecutoriamente porque, por exemplo, em lugares que têm gestões muito autoritárias ou muito persecutórias, a reação das equipes, das pessoas que compõem as equipes, é achar que o outro é uma ameaça, que qualquer coisa que venha do outro é ameaçador, e ali não tem interdisciplinaridade possível.

ENTREVISTADOR – Seria possível falar desse lugar e desse tempo hoje em dia?

MARÍLIA – Lamentavelmente, vou falar do meu cenário particular que é aqui na *cidade j*, a gente está vivendo momentos difíceis, em um país que está sob um governo autoritário, que louva gestos autoritários, onde a saúde tem sido muito abandonada, não vou nem comentar as sequelas da situação pandêmica. Mas não é só desse último governo, a gente já vem do Temer, do final do governo Dilma, de uma espécie de desistência de qualificar a gestão das equipes – por trabalhar muito no macro e não cuidar dessa coisa que é o institucional, do ambiente de trabalho, que é onde as coisas se dão. E quando você coloca isso dentro de um caldo que é a convulsão social reprimida que a gente vive, o pessoal sem emprego, violência, pobreza, é muito ruim, porque as equipes se sentem muito expostas, daí elas retalias sobre os usuários, que são as pessoas que mais precisariam desse cuidado mais poroso, um pouco mais acolhedor das equipes. E, ao mesmo tempo, isso costuma produzir muito atrito entre as pessoas que trabalham juntas, mas é uma produção que é sócio-histórica e institucional, não é atávica, não vai ficar assim para sempre, e não é que a gente não tenha o que fazer ou que não saiba o que fazer.

ENTREVISTADOR – Você fala de autoritarismo, e também do nosso atual momento político. Como você vê o papel das políticas públicas, da estruturação de políticas públicas, no favorecimento ou desfavorecimento da atitude interdisciplinar?

MARÍLIA – A gente está vivendo agora um momento dramático. O Brasil foi constituindo, ao longo do tempo, uma atenção primária mais complexa, mais sofisticada do que a atenção primária inglesa – pela sua multiprofissionalidade, pela presença dos agentes comunitários de saúde, pela vocação de capilarização territorial. Então, assim, o território em que nossos trabalhadores trabalham é muito mais demandante de atenção, de cuidados, do que a maioria dos territórios da Inglaterra. E o que nós tivemos agora, recentemente? Foi aprovada uma agência, A DAPS, uma agência nova que pretende regulamentar como vão trabalhar na atenção primária. Primeiro, que ela abre a porta para terceirizações e privatizações de todo o tipo; e segundo que ela eliminou de uma tacada os NASFs, toda a multiprofissionalidade dos núcleos de apoio à saúde da família eliminada e, ao rigor, é um modelo que visa ao modelo inglês. Ou seja, “eu quero ter um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem na porta e pronto”, eu acho que é um retrocesso lastimável. Eu acho que em algum momento a gente vai conseguir reverter isso, não pode ficar assim, mas é um momento de retrocesso, é um momento de sucateamento. Ao mesmo tempo, é importante dizer que a gente não resolveu isso tudo, ele não estava bem equacionado, ele não estava bem resolvido, muitos dos aspectos do SUS, nessas últimas duas, três décadas, ficaram meio como amarrados com arame... uma gambiarra aqui, uma gambiarra lá, uma terceirizaçõzinha aqui, uma terceirizaçõzinha lá. Então, a gente vai ter muito trabalho para poder colocar em funcionamento de uma forma um pouco mais viva e mais saudável isso, quando esse governo passe.

ENTREVISTADOR – Você falou das terceirizações e aí vêm as precarizações dos vínculos de trabalho. Como você acha que isso pode impactar o exercício interdisciplinar.

MARÍLIA – Impacta sem dúvida, porque está por trás disso que eu estava te falando, como uma coisa meio paranoide, meio persecutória que as pessoas começam a ter. Então, se eu não sei se vou ter estabilidade, aí eu não vou tensionar e discutir com o

meu gerente, aí o meu gestor vai ter os amiguinhos preferidinhos e os não preferidinhos. A típica situação disso que estou chamando de um lugar e um tempo suficientemente trópicos, de poder ter trabalhos comuns e projetos criativos não acontece.

ENTREVISTADOR – Você poderia me falar de alguma experiência da sua prática que tenha sido interdisciplinar, mais emblemática?

MARÍLIA – Eu sou suspeita em falar isso porque sou uma pessoa que gosta muito de trabalhar em grupo, e não é à toa que na minha residência a mola do processo político-pedagógico é o grupo. E eu, por exemplo, trabalho em um grupo de pesquisa em que tem variadas formações, a gente sempre tem trabalhado com grupos multidisciplinares, desde o pessoal das ciências sociais, até médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, cientistas sociais, das mais variadas formações, e eu acho que é muito interessante quando a gente consegue. Eu diria assim: eu descreveria que há momentos que são meio mágicos, lampejos de que algo muito bom aconteceu entre todo mundo, na minha opinião tem a ver com isso. Nós já fizemos desenhos de projetos de pesquisa com usuários, por exemplo, onde eles ajudaram a pensar as perguntas... estou te falando de um momento, de um ambiente bastante horizontalizado, bastante cuidado, onde todos que trabalhamos nisso, cuidamos desse espaço, cuidamos desse *setting*, porque estudamos isso e porque prezamos por isso. Eu digo: não é impossível, eu acredito e digo que não é impossível. Mas também não acho que a gente deva ter essa idealização de que um dia chegamos na interdisciplinaridade completa, e que se não chegamos até aquilo completo, nada valeu à pena. É mentira. A gente tem que ir fazendo coisas juntos na medida que der, no que possa. Não é com todo mundo, é entre dois; não é com todo mundo, é entre três.... a gente precisa ir fazendo estas pequenas costurinhas, estes pequenos cerzidos.

ENTREVISTADOR – A educação, a graduação podem interferir na realização ou não de um trabalho interdisciplinar?

MARÍLIA – Sim, sem dúvidas. Estou falando isso da residência, mas eu também sou professora de uma escola médica, onde os meus alunos de medicina não têm nenhum tipo de estímulo para o trabalho interdisciplinar. Então, por exemplo, eu

coordeno uma disciplina do quinto ano, do internato médico, em que a única interdisciplinaridade que eles chegam a ver – não estou falando de experimentar interdisciplinaridade – é encontrar com os meus residentes em campo. É ver o que faz um psicólogo na atenção primária, é ver o que faz um terapeuta ocupacional no hospital. Claro que durante a formação na graduação a gente poderia propiciar esse tipo de abertura, para isso teria que haver alguns instantes, alguns momentos ao longo da carreira compartilhados entre as profissões. Na época que comecei trabalhar aqui na *universidade d*, a gente não tinha uma disciplina conjunta de médicos e de enfermeiros.

ENTREVISTADOR – Você fala do trabalho médico como um trabalho não interdisciplinar. O que determina essa não-interdisciplinaridade?

MARÍLIA – Nem todas as escolas são tão ruins nisso quanto a minha, estão existindo alguns esforços, e as melhores escolas médicas do mundo já descobriram que o trabalho tem que ser cooperativo, multiprofissional. Eu acho que nós ainda temos cenários de prática muito fragmentados e o ensino muito pouco universitário. Por exemplo, nós estamos dentro de uma grande universidade, mas nossos alunos não conseguem aproveitar a universidade, porque o curso médico é tão pesado e a carga horária obrigatória é tão grande que, por exemplo, a gente não tem espaço para opcionais. Um aluno meu da medicina não pode fazer uma disciplina no instituto de artes, e por que ele não vai? É porque ele não tem tempo, não é porque ele é malvado, é burro, não. Nós estamos reproduzindo, indiretamente, uma visão muito tecnocrata, cada vez menos humanista. Apesar disso, o curso aqui de medicina tem ética do primeiro ao sexto ano, e tem sido um momento legal, interessante, mas que não se abre para a multiprofissionalidade, para a interdisciplinaridade, porque está sendo feito pelos professores da medicina, para a medicina.

ENTREVISTADOR – Quais são as possibilidades do trabalho interdisciplinar? O que ele traz de diferente, em relação ao não-interdisciplinar?

MARÍLIA – Eu acho, e é um outro conceito que a gente usa muito, do professor Gastão, que é a questão da clínica. Se a gente entender, hoje, que a produção de saúde, antes dos aspectos de prevenção, promoção, reparação, é cada vez mais complexa e cada vez mais sofisticada, é óbvio que nenhum de nós sozinho, dentro

do campo da saúde, vai dar conta de conseguir esse grau de ampliação que a clínica exige. Então, para poder ampliar a clínica, para mim é imprescindível pensar no trabalho interdisciplinar. E poder pensar o trabalho interdisciplinar também implica poder entender que, às vezes, eu posso estar no centro do palco e, às vezes, eu posso estar no *backstage*, não tem problema. Então, acho que a gente tem essa associação. Eu sempre brinco com meus residentes que: têm coisas que são da divisão técnica do trabalho, e outras que são da divisão social do trabalho. Por que o médico tem que estar sempre no centro? E, além disso, ele ganha mais? Uma parte é divisão técnica do trabalho, outra parte é divisão social do trabalho. A gente também, trabalhando juntos, poderia questionar um pouco melhor isso. A diferença salarial que existe no Brasil entre médicos e enfermeiros é das mais gritantes do planeta. Então, isso está significando alguma coisa da nossa sociedade, não só da nossa medicina.

ENTREVISTADOR – A divisão social do trabalho influencia a não realização do trabalho interdisciplinar?

MARÍLIA – Sem dúvidas, sem dúvidas. Porque eu vou criando uma espécie de classes. Tem classes e tem classes subalternas, e você lidar com isso dentro de uma equipe... vê o que se passa na atenção primária com os agentes comunitários de saúde, são as pessoas que têm menos formação técnica, o salário mais baixo e que são os únicos, muitas vezes, que moram no bairro onde a UBS fica. E essas pessoas o tempo inteiro são desqualificadas: nas discussões de casos, não são ouvidas, ou suas palavras não são levadas em consideração. Então é óbvio que uma sociedade como a nossa, muito desigual, ela atenta contra a possibilidade da interdisciplinaridade.

ENTREVISTADOR – Você falou em núcleos e campos de saberes. É preciso formar para o trabalho interdisciplinar e fomentar esses núcleos e campos, ou não?

MARÍLIA – Sim, sim. E eu acho que isso tem que ser proposital, e isso é muito importante. Quando eu te falo dos meus alunos do quinto anos, este último caso que a gente acompanhou, a “ped” era fisioterapeuta, e o caso era de uma idosa. E os alunos ficaram encantados de poder trabalhar com a fisioterapeuta, porque estão no quinto ano, quase entrando no sexto ano, e nunca trabalharam com alguém que não

seja médico. De repente, eles são boas pessoas, eles são sensíveis, “olha, ela sabe, ela sabe coisas que nós não sabemos, que legal descobrir como o fisioterapeuta faz”. Então, nós é que estamos falhando de oferecer mais essas oportunidades, de diversificar os cenários de prática, de poder pensar algumas disciplinas, alguns seminários conjuntos que iriam permitindo, ao longo da graduação, sensibilizar para esse tema da interdisciplinaridade.

ENTREVISTADOR – Na sua opinião, a quem serve manter a divisão social do trabalho, as diferenças salariais, médicos no palco e outras pessoas no *backstage*?

MARÍLIA – Ao *status quo*. Nós vivemos em um país capitalista, subdesenvolvido do Sul, obviamente que temos todas essas mazelas sociais. Por isso que eu acredito que quando a gente faz diferente é bom. Não é que a gente vai fazer a revolução fazendo isso, mas de uma certa forma desestabiliza o instituído, de uma certa forma podemos pensar que as equipes se olhem um pouco mais, se percebam um pouco mais. Eu acredito muito nesse trabalho, não é uma coisa ou outra, não é a macropolítica ou a micropolítica, tem que ser as duas. Por quê? Porque eu tenho um espaço da gestão local, que ela tem a capacidade de criar um espaço e um tempo mais largo, mais poroso, mais criativo, mas ela não habita numa bolha. Então, quando eu tenho um governo autoritário, queda de recursos, também isso atrapalha, é mais difícil manter algo vivo aqui embaixo quando o que vem de cima é só porrada.

ENTREVISTADOR – Qual é a sua percepção a respeito da influência do campo da saúde coletiva no debate a respeito do trabalho interdisciplinar?

MARÍLIA – Eu acho que a saúde coletiva, que é uma criação brasileira, nessa conjunção que ela trouxe de juntar as ciências sociais, a epidemiologia e a área de política, planejamento e gestão, ela sempre foi questionada. Você pode ver os trabalhos pioneiros, do Ricardo Bruno na USP, já questionavam o processo de trabalho e o trabalho médico, a saúde coletiva foi um dos primeiros campos que começou a tensionar isso. A tese do Arouca, a tese do Arouca vai dizer “olha, a medicina preventiva está sendo disciplinarmente capturada como uma higiene, uma prescrição social”. Então muitos, mais dos noventa cursos que existem de pós-graduação em saúde coletiva, tratam dessa questão entre suas linhas de pesquisa,

no trabalho que eles desenvolvem. Então, a saúde coletiva tem um papel ali, sobretudo quanto à interdisciplinaridade na saúde, na formação de recursos humanos, no planejamento dos cursos, em uma preocupação bem antiga e permanente. A gente tem rede de atenção primária, a gente tem PROSAÚDE, a gente tem várias questões vinculadas à ABRASCO que têm essa preocupação com a formação permanente e a qualificação das pessoas que trabalham na saúde.

ENTREVISTADOR – A saúde coletiva traz esses espaços de formação mais do que outras áreas?

MARÍLIA – Aí é difícil falar das outras, mas se eu te falar comparando só com algumas especialidades médicas, que é o que eu vejo mais perto, na minha prática aqui na faculdade, diria que sem dúvidas.

ENTREVISTADOR – Quais são os benefícios que as pessoas que recebem algum cuidado em saúde mental teriam se esse cuidado fosse interdisciplinar, em comparação ao unidisciplinar?

MARÍLIA – Posso te dar o exemplo de pesquisas nossas: uma das primeiras grandes pesquisas que fizemos com os CAPS aqui da *cidade j*, a gente perguntou para os usuários. A gente tinha uma, assim “ah, tem que ser a equipe de referência de um, de dois, de três? Tem que ser interdisciplinar, não tem? Todo mundo tem que falar a mesma língua, não tem? Um pode ter uma linha teórica, o outro outra?”. E os usuários nos surpreenderam muito dizendo “olha, a gente poder escolher é ótimo, a gente gosta quando tem uma pequena equipe, ou uma miniequipe, porque a gente sabe que um é melhor para uma coisa, e outro é melhor para outra”. Então, acho que isso é algo que tem que chamar a nossa atenção para entender que as pessoas, os pacientes, sabem buscar coisas diferentes em profissionais diferentes. A questão da interdisciplinaridade é que também a gente tem que ser capaz de oferecer coisas mais integradas, não deixar que o pobre cara tenha que entregar tudo sozinho e ele montar seu próprio cardápio. Eu acho que isso, na saúde mental, é muito importante. E talvez – porque também é uma campo que eu gosto, que eu trabalho, que eu pesquiso – e talvez seja um dos espaços onde é mais possível a interdisciplinaridade, a saúde mental. Mais que na reabilitação física, na cirurgia cardiovascular. Nós temos, pelo próprio projeto, pela própria história, por ter a trajetória da reforma que de uma certa maneira implicou desestabilizar, desarranjar o

que estava instituído, então houve ali uma expansão de serviços que são multiprofissionais, territoriais como os CAPS em todas suas variantes, que facilitou isso, que estimulou as experimentações, vão chamar assim, experimentações interdisciplinares.

ENTREVISTADOR – Quando você fala de reforma, imagino que seja da reforma psiquiátrica no Brasil. Qual a ligação entre ela e a saúde coletiva?

MARÍLIA – A gente classicamente tem uma versão que é muito consolidada na contação da história, que é do Paulo Amarante, e ele fala assim: que foram dois movimentos sinérgicos, mas com ênfases separadas. Eu entendo que o movimento da saúde coletiva foi o movimento de formação de um campo, e o movimento da reforma psiquiátrica foi o movimento de desconstrução de um campo – então, talvez, seja essa a principal diferença. O Paulo sempre chama atenção e diz assim “as pessoas que ajudaram a criar o SUS forma ocupar cargos nos ministérios para criar institucionalidade, e as pessoas da saúde mental sempre ficaram por fora”. E pode ser! Mas acho que tem a ver com essa trajetória de um estar para desconstruir o que estava lá – tirar os manicômios, que a gente não queria mais – e do outro se organizar para construir algo novo, que era a redemocratização, a saúde como direito, sistema único, oitava conferência, todo aquele outro movimento.

ENTREVISTADOR – você falou de uma experiência de pesquisa em que os usuários disseram preferir equipes pequenas em que conheciam os profissionais. Conhecer os profissionais que oferecem cuidado é importante para a realização interdisciplinar?

MARÍLIA – Eu não tenho a menor dúvida. E todas as pesquisas que a gente fez de CAPS, durante muitos anos aqui, os usuários sempre foram dando pistas neste sentido, que é bom conhecer. A gente fez uma primeira pesquisa, porque a *cidade j* tinha uma grande cobertura de CAPS III, então permitia que a pessoa tivesse a crise assistida no CAPS e não precisassem ser exportados para um outro *setting* hospitalar e, por exemplo, os usuários davam muito conta de como isso era importante: “quando eu não estou bem, ser cuidado pela mesma equipe que eu conheço é muito importante para mim”. Então, isso para mim é algo de que estou convicta que funciona, e funciona bem. É o mesmo que a referência e essa coisa de técnico de referência, papel de referência... é alguém que eu conheço a cara, o

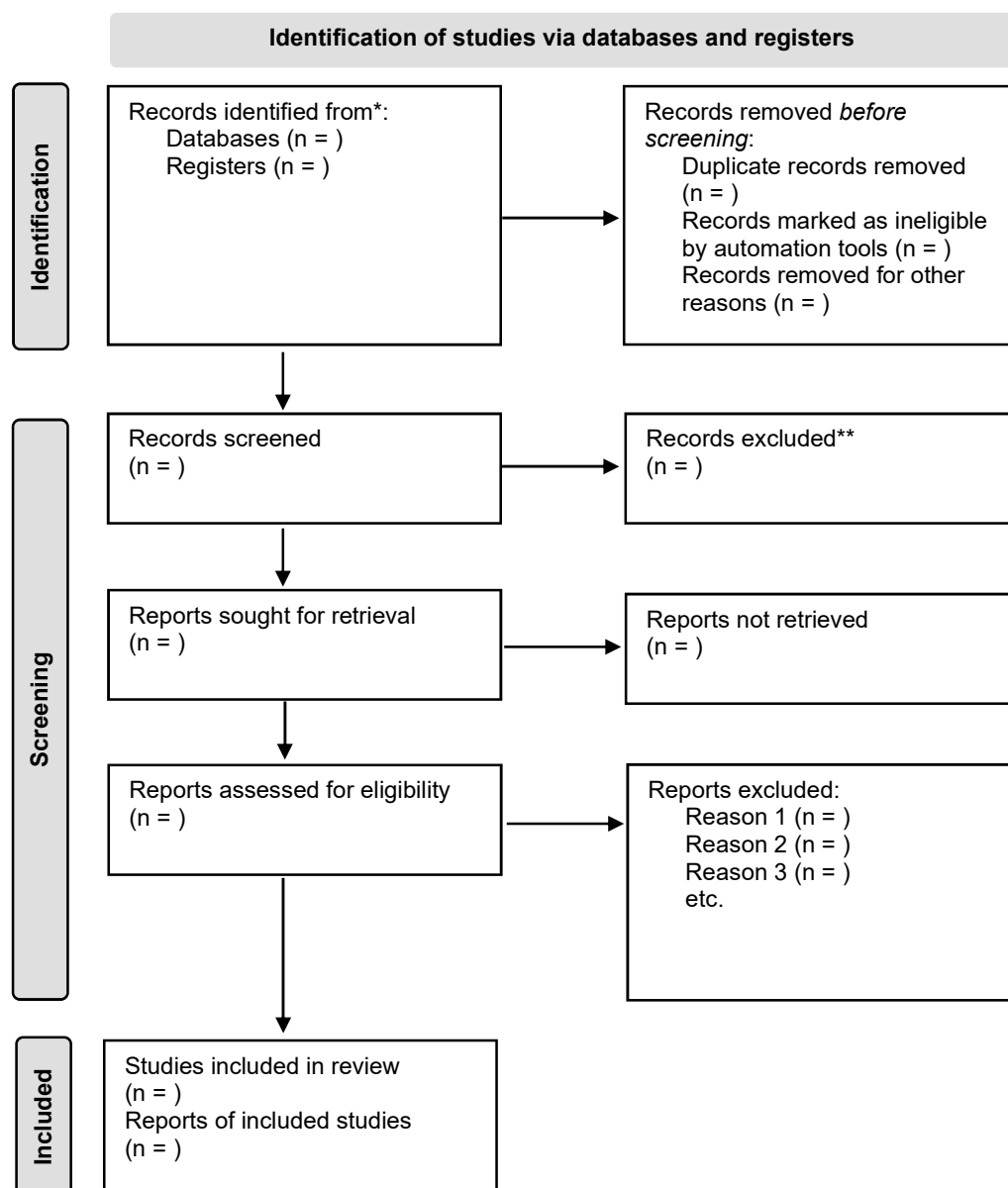
nome, sei onde encontrar, que me conhece. Tem vários trabalhos que a gente publicou sobre isso que mostram como isso é relevante para as pessoas, como eles acham isso importante.

ENTREVISTADOR – Posso supor que enfrentamos uma dificuldade para a realização do trabalho interdisciplinar pelo enxugamento de equipes?

MARÍLIA – Estamos falando de inúmeros fatores, este que você está trazendo é mais um. Não adianta eu querer criar aqui um ninho maravilhoso de micropolítica cor de rosa em que todos somos amigos e trabalhamos juntos maravilhosamente, e de cima está só demitindo gente, tirando dinheiro, cortando recursos, deixando uma pandemia rolar solta, deixando as pessoas perderem seu benefício de ação continuada, tudo isso que a gente viu nesses últimos tempos, então tem relação. Há espaços de resistência, nós temos espaços de criação, nós temos espaços de autonomia, o campo da saúde permite muito isso, mas não isolados, nós não somos bolha.

ANEXOS

A – PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

B – Instrumento para coleta de dados validado por Ursi (2005)

A. Identificação	
Título do artigo _____	
Título do periódico _____	
Autores _____	
Nome _____	
Local de trabalho _____	
Graduação _____	
País _____	
Idioma _____	
Ano de publicação _____	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital _____	
Universidade _____	
Centro de pesquisa _____	
Instituição única _____	
Pesquisa multicêntrica _____	
Outras instituições _____	
Não identifica o local _____	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem _____	
Publicação médica _____	
Publicação de outra área da saúde. Qual? _____	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa ☐ Abordagem quantitativa ☐ Delineamento experimental ☐ Delineamento quase-experimental ☐ Delineamento não-experimental ☐ Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa ☐ Revisão de literatura ☐ Relato de experiência ☐ Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção ☐ Randômica ☐ Conveniência ☐ Outra _____ 3.2 Tamanho (n) ☐ Inicial _____ ☐ Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () _____ Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () _____ 5.4 Instrumento de medida: sim () não () _____ 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados) _____	
Identificação de limitações ou vieses _____	

C – Instrumento para coleta de dados proposto por Azevedo (2015)

Qual a produção científica referente á contribuição do
envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa?

Dados de identificação

Autores_____

Título do trabalho_____

Periódico, ano, volume e número_____

Descritores_____

Objetivo/ Questão de investigação_____

Metodologia

Tipo de estudo_____

População/Amostra_____

Local onde o estudo aconteceu_____

Técnica de colheita de dados_____

Resultados

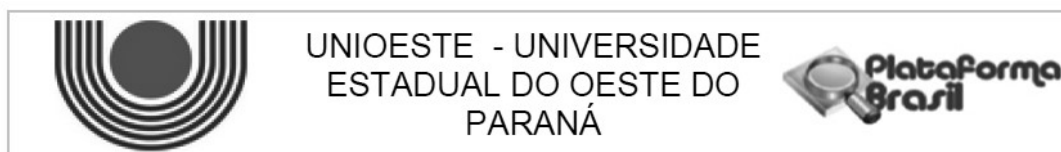
Definições_____

Aspetos biológicos/sociais/ psicológicos_____

Recomendações_____

(AZEVEDO, 2015)

D – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS SENTIDOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Pesquisador: Eduardo Giacomini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44988721.6.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.665.238

Apresentação do Projeto:

Trata-se da primeira versão apresentada ao CEP de Protocolo relacionado a projeto de mestrado, do Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da UNIOESTE, campus Cascavel-PR, intitulado "Os sentidos da interdisciplinariedade no trabalho em saúde mental, sendo pesquisador responsável Eduardo Giacomini.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que encontra no campo da Saúde Coletiva seu principal referencial teórico. O percurso metodológico envolverá a técnica de triangulação de métodos, que combinará uma revisão integrativa de literatura e uma fase exploratória, na qual serão realizadas entrevistas em profundidade.

Ocorrerá uma entrevista e o primeiro candidato à entrevista será selecionado consensualmente pelo pesquisador e orientadora, e deverá satisfazer as características de ter estado implicado publicamente, por tempo preferencialmente superior a dez anos, em reflexões, estudos ou ações que visassem à compreensão dos processos de trabalho em saúde mental. A entrevista acontecerá em meio virtual privativo e dela participarão apenas pesquisador e entrevistado, sendo que o material gravado não estará disponível publicamente e ficará arquivado pelo pesquisador em ambiente digital protegido até a transcrição dos dados. Ao final da entrevista, será solicitado que o entrevistado indique mais dois participantes para a pesquisa.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

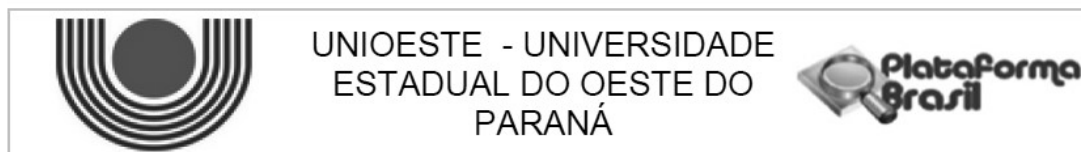
Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR **Município:** CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 4.665.238

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar expressão da interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde mental.

Objetivo Secundário:

- Explorar os conceitos de interdisciplinaridade adotados no contexto do trabalho em saúde mental;
- Descrever práticas interdisciplinares de cuidado à saúde mental apresentadas na produção científica selecionada;
- Analisar características teóricas e materiais do tema "interdisciplinaridade" no contexto do trabalho em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos previstos para a saúde dos participantes nesta fase exploratória, em que serão realizadas entrevistas. Porém, se a qualquer momento houver algum dano imprevisto, providenciarei, como pesquisador, atendimento imediato, integral e gratuito ao entrevistado. Acrescento que durante a apresentação do TCLE, o entrevistado será informado sobre a comunicação a respeito de qualquer dano imprevisto e à garantia de receber atendimento imediato, integral e gratuito.

Benefícios:

A realização desta pesquisa, sobremaneira no que diz respeito à sua fase exploratória, trará compreensões aprofundadas a respeito da interdisciplinaridade nos processos de trabalho em saúde mental, resgatadas a partir da experiência e expertise de sujeitos que se dedicam a refletir sobre os cuidados àqueles que apresentam sofrimento psíquico. Resgatar e analisar, a partir da entrevista em profundidade, os conceitos e expressões da interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde mental, pode trazer a possibilidade de propor novos caminhos para práticas de cuidado.

Financiamento com custeio de R\$ 300,00, não sendo indicado o pesquisador como quem irá arcar com esse custo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente ao propor o estudo da interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

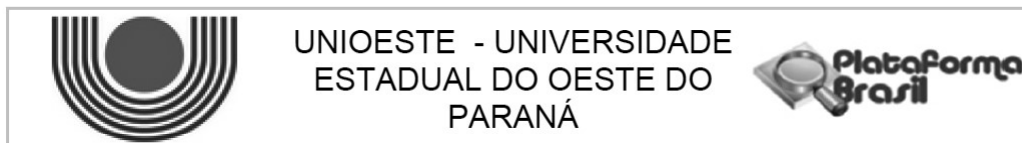
Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR **Município:** CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 4.665.238

mental. O estudo terá como desfecho primário conclusões sobre essa conceituação e à análise e descrição de como a interdisciplinaridade impacta as práticas de cuidado à saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios encontram-se apensados na plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável a aprovação

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1721729.pdf	28/03/2021 12:23:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	28/03/2021 12:22:46	Eduardo Giacomini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	25/03/2021 17:19:35	Eduardo Giacomini	Aceito
Outros	Formulario_CEP Eduardo.pdf	24/03/2021 18:24:16	Eduardo Giacomini	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoEduardo.pdf	24/03/2021 10:37:27	Eduardo Giacomini	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA.docx	21/03/2021 14:53:03	Eduardo Giacomini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 22 de Abril de 2021

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

E – Comprovante de submissão para publicação

Mariana Chastinet via Saúde em Debate <saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br>
para mim ▼

sex., 29 de out. 15:18



Eduardo Giacomini,

Agradecemos a submissão do trabalho "Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura" para a revista Saúde em Debate.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/6933>

Login: eduardogiacomini

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Editoras científicas

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Ana Maria Costa

Leda A. V. N. de Gouvêa

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

F – Normas de submissão para a revista ‘saúde em debate’

Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

✓	A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
✓	O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos (Vancouver) descritos em Diretrizes para Autores .
✓	A identificação dos autores não consta no arquivo com o texto.
✓	O nome dos autores deve ficar registrado no formulário de cadastro do artigo, no campo "Incluir coautores". Informações imprescindíveis: NOME - E-MAIL - Nº ORCID - INSTITUIÇÕES DE VÍNCULO.
✓	O arquivo da submissão está no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.
✓	O texto está em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5; não utilizou sublinhados e negritos como grifo.
✓	Utilizou aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras; utilizou palavras em outros idiomas em itálico, com exceção de nomes próprios.
✓	Envio de figuras, gráficos, quadros e tabelas em formato aberto ou em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo.
✓	Encaminhou em arquivos separados a Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais (obrigatória) e o Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP (quando pertinente).

Diretrizes para Autores

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM AGOSTO DE 2021

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratam de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urmain.html>. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO:

<https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Além disso, a redução do financiamento público para a manutenção da revista nos obrigou a rever a gratuidade para publicação. Assim, a partir de 15 de agosto de 2021, será cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 500,00 para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da referida taxa. **Esta regra passa a vigorar para submissões feitas a partir de 15 de agosto de 2021.**

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. **Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.
2. **Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
3. **Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.
4. **Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.
5. **Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.
6. **Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#), de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/178>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.