



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Instituto de Psicologia

Curso de Graduação em Psicologia

Cenas do Trabalho em Rede:

Interdisciplinaridade em Questão

Matheus dos Anjos Catasblancas

Porto Alegre

2019

Matheus dos Anjos Catasblancas

Cenas do Trabalho em Rede

Interdisciplinaridade em Questão

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Psicologia do Instituto de
Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul como requisito parcial para obtenção do título
de Psicólogo.

Orientadora: Prof.^a Vera Pasini.

Prof.^a Dr.^a Vera Pasini (Orientadora)

Prof.^a Analice Palombini (Comentadora)

Porto Alegre

2019

*“There will be time, there will be time
To prepare a face to meet the faces that you meet
There will be time to murder and create
And time for all the work and days of hands
That lift and drop a question on your plate
Time for you and time for me
And time yet for a hundred indecisions
And for a hundred visions and revisions
Before the taking of toast and tea”*

T.S. Eliot, “The Lovesong of J. Alfred Prufrock”

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a mim mesmo, já que tenho a tendência de me esquecer de fazê-lo. Esses seis anos de formação foram um turbilhão, durante os quais eu passei por mais processos de desenvolvimento do que quando eu estava no útero. Eu jamais imaginei, quando entrei na faculdade há seis anos atrás, que seria a pessoa que sou hoje, em sentidos positivos e negativos. E tendo sido alguém que passou por um período de depressão fortíssimo, que passou um grande período de sua vida somente reunindo forças para enfrentar outro dia, eu ainda estar aqui e estar concluindo um processo tão longo e árduo como esse diz algo positivo de mim que eu raramente me permito a dizer. Parabéns para mim, what a fabulous queen.

Eu jamais teria chegado onde estou sem a ajuda das pessoas incríveis que conheci não apenas durante esse processo, mas durante toda minha vida. Um destaque especial vai para a Thais Oliveira, uma amiga que jamais imaginei que encontraria e até hoje tenho dúvidas se mereço. Ela me fez repensar e ressignificar mil coisas e processos durante a formação (em relação à Psicologia e a mim mesmo); sua presença na minha vida tornou minha vida melhor e me tornou uma pessoa melhor. Eu não consigo imaginar quem eu seria agora sem ela, e agradeço a todas as deidades possíveis e imagináveis que não preciso imaginar isso. Se algum dia eu for uma pessoa que seja 10% do quanto ela é inspiradora, ética, trabalhadora, forte, inteligente, e amigável e terapêutica, eu saberei que eu me tornei o segundo melhor profissional possível depois dela. I love ya dear.

Agradeço também ao Ilo(s), meu amigo de mais longa data. Desde o dia em que eu o ajudei a estudar Desenho Geométrico por telefone até agora, nos tornamos pessoas completamente diferentes, mas que, de um jeito ou de outro, sempre estiveram próximas. Eu acho difícil encontrar palavras para agradecer, uma vez que nossa amizade passou por momentos tão diversos. Mas através de tantas mudanças, tantos eventos, tantas risadas completamente inapropriadas em momentos totalmente aleatórios, o que nunca mudou é a nossa ligação. Obrigado por passar comigo os tempos difíceis do colégio, por compartilhar comigo a obsessão pelo Pop, pelas noites, por tudo.

Agradeço à Lúcia, que longe ou perto está sempre comigo; uma mulher que me inspira sempre a buscar o melhor para mim e o melhor de mim, assim como ela. Uma amizade inesperada que tomou forças inesperadas, nós nos apoiamos durante o meu processo de formação e o dela. Que bom que um encontro aleatório se transformou em uma amizade tão

importante para mim. Estamos juntos na nossa jornada em busca de autoestima, amor e emprego.

Agradeço à minha mãe, Sara, que sempre deu valor incontestável à minha educação. De ler gibis a ser gay, ela sempre me ofereceu apoio a tudo aquilo que outros contestavam em mim, e sempre acreditou piamente no meu potencial. Eis aqui uma mulher, deficiente física, mãe solteira, primeira a se formar na família, que sempre buscou prover tudo aquilo que eu precisava, e várias coisas que eu nem precisava. Agradeço também à Jussara, minha vice-mãe, que desde criança transborda afeto por mim e por todos a sua volta. Sem o apoio de vocês eu jamais teria conseguido chegar aqui. Muito obrigado por tudo aquilo que fizeram e fazem. Agradeço também a todas as lobas da Dinastia Binatti – a Sueli, minha avó; a Fernanda; as Tias Edite, Odete, Ilse, Alice, Ivone, e todas mais porque são muitas; a Jeane, a Cláudia, a Janete, a Sinara, e todas as outras. É uma honra ter sido criado no meio de um clã de mulheres tão fortes.

Agradeço à Francisca, que vi sorrir através de todas as situações que enfrentou; à Caroles, que mora dentro do meu kokoro; à Ana Carolina, que me proporcionou o melhor carnaval da minha vida; à Jéssica Becker, que consegue ser mais pilhada do que eu; ao Marcelo, colega de estágio nos momentos bons e ruins; à Pietra, minha dupla de AT e de sãelfies clínicas; à Carolina Alvim, uma das pessoas mais calorosas que eu já conheci; ao Gustavo; ao Welter; à Débora; ao Leonardo Régis; ao Konrad; à Larissa; a tantos outros colegas de Psicologia que eu gostaria de agradecer aqui mas ficaria feio se os agradecimentos fossem mais longos que o trabalho em si.

Um agradecimento em especial vai à metade da entidade Veralice Palonsini, a Vera Pasini, minha orientadora, que já teria me matado não fossem as diversas vezes que me deu motivos para querer matá-la de volta. Conhecendo-a como alguém que conhece basicamente toda a rede pública de saúde de Porto Alegre por nome, ela me providenciou inúmeras oportunidades (na psicologia e fora dela). Valeu por todas as caronas. Agradeço também a todos os professores da universidade que me marcaram na minha trajetória, em especial a Analice Palombini, a outra metade da entidade, que aceitou o convite para ser a comentadora e que participou de grande parte da minha trajetória na universidade, e a Gislei Rodrigues, que finalmente me explicou o que é devir em dez palavras ou menos. Achei conciso. Agradeço também aos meus professores do colégio, que me possibilitaram entrar na faculdade.

Agradeço também aos estágios no AT na Rede, que logo de cara me fizeram encarar as realidades do trabalho na rede pública e pensar em maneiras de inventar e reinventar minha clínica a todo momento, e no Hospital Sanatório Partenon, que também me desafiou a repensar o que entendo por saber e fazer Psicologia. Agradeço à Sandra, minha supervisora, que nos apoiou fortemente durante o período de estágio, à Elsa, à Yara, à Salete, ao Jarbas, a todos os profissionais do hospital que fizeram parte dessa trajetória.

Agradeço à UFRGS, à oportunidade de poder estudar nela, e ao ensino público em geral. A possibilidade de um ensino gratuito e de qualidade disponível a todos, incluindo àqueles que não conseguem se inserir no ensino superior particular, é algo lindo e justo, e algo que devemos defender com todas as forças que conseguimos encontrar.

Agradeço também à Akiko Hart, uma pessoa que conheci por dois dias mas que teve uma influência forte na minha trajetória acadêmica. Thank you so much for the talk we had, for helping me rethink the work we do in academia, and my place in it. When I continue my work in it, it will be in great part due to your words. We never know whom we are going to meet in this life, and how much they will affect us, even if we meet them ever so briefly.

Agradeço.

Resumo

Este trabalho tem por objetivo colocar em discussão a temática da interdisciplinaridade para a Psicologia. O campo de análise é as políticas públicas de saúde, tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como foco, propondo um diálogo sobre a interdisciplinaridade e a formação em psicologia enquanto articulador. Para tanto, propõe-se o trabalho a partir de cenas acontecidas durante a minha formação em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS): cenas compostas a partir das experiências de estágios no Programa de Extensão de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública (ATnaRede) e no Hospital Sanatório Partenon (HSP). Com isso, pretende-se discutir sobre os modos como a ideia e a prática de interdisciplinaridade aparece na rede pública de saúde.

Palavras-chave: interdisciplinaridade; políticas públicas; experiência.

Abstract

This work intends to put into question the theme of interdisciplinary work in Psychology. The field of analysis is the public health policies, with the Sistema Único de Saúde (SUS) as a focus, proposing a dialogue about interdisciplinarity and the education in psychology as an articulator. For this, the work is proposed through scenes that happened during my education in Psychology in the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS): scenes based on internships that happened in the Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública Extension Program (ATnaRede) and the Sanatório Partenon Hospital (HSP). With it, I intend to discuss how and when the interdisciplinarity idea and practice appears in the public healthcare system.

Keywords: interdisciplinarity; public policies; experience

Sumário

1	Curso De Psicologias	1
2	Psicologia Enredada.....	4
3	Experiências de Estágio	9
4	Cenas do Trabalho Entre	13
4.1	Cena 1.....	13
4.2	Cena 2.....	14
4.3	Cena 3.....	15
4.4	Cena 4.....	16
5	Como Fazer Um Trabalho (?).....	19
6	Referências.....	23

Curso De Psicologias

A primeira surpresa do curso foi descobrir que não aprenderíamos Psicologia. Para quem já está na discussão há algum tempo, isso pode parecer peculiar ou ignorante – afinal, após um tempo neste campo de discussão, é basicamente implícito que até as diferentes áreas da psicologia têm epistemologias completamente diferentes e é difícil por muitas vezes achar a congruência das diferentes áreas. Sendo assim, talvez seja fácil perder de vista que, para muitas pessoas leigas – e muitas dessas “muitas pessoas leigas” serão aquelas que encontraremos no nosso campo de atuação – a psicologia não é uma variedade de campos.

Quando entrei na Psicologia eu, no caso, imaginei que aprenderia “Psicologia”. Linhas teóricas, especializações, pós-graduações, etc., não diziam respeito a diferentes concepções de sujeito, de saúde, etc.. Mas sim, seguiam a concepção de conhecimento e aprendizado onde existe uma determinada quantidade de conhecimento em um campo que é impossível ser adquirido em sua totalidade por um profissional.

É interessante para mim ouvir hoje discussões sobre as diferenças na formação em Psicologia de diferentes faculdades, já que tais diferenças não são necessariamente conhecidas ao entrar na faculdade. De fato, quando eu ingressei no curso de Psicologia imaginei que “aprenderia Psicologia”, uma impressão não incomum, já que *“costuma-se pensar a educação do ponto de vista da relação entre a ciência e a técnica ou, às vezes, do ponto de vista da relação entre teoria e prática.”*(Bondía, 2002). Pensei nesse “aprender Psicologia”, pois compreendia a Psicologia como um campo de conhecimento relativamente homogêneo, onde as diferenças teóricas não significavam concepções de sujeito diferentes, mas simplesmente caminhos de especializações diferentes, mas que partem de um lugar em comum.

Contudo, há um problema nas duas palavras em “aprender psicologia”. O problema na palavra “aprender” é justamente essa noção corriqueira de aprendizado. Nessa conclusão de curso, fica difícil para mim explicitar o que aprendi na psicologia, simplesmente porque qualquer forma de “conhecimento” que eu possa ter adquirido varia amplamente de eficácia e validade dependendo do contexto onde ele é aplicado ou observado. Durante o curso, a questão para mim não foi tanto “o que se sabe” mas “como se sabe/faz” – a questão aqui é uma ética de trabalho. Levando em conta que *“a noção da loucura não é natural, mas profundamente histórica e cultural”* (Prandoni & Padilha, 2006), o grande aprendizado que

levo da formação em Psicologia é que “depende do caso”. Essa frase se aplica a basicamente todos os aspectos no cuidado de saúde mental, em todos os âmbitos, tanto na clínica particular como na rede pública – e, de fato, se aplica à todas as atuações e concepções da Psicologia, independente da área de atuação.

E o problema na palavra “psicologia” é que ela presume a existência de “uma Psicologia”; presume que exista algo em comum entre suas diversas teorias. Contudo:

“atualmente, a Psicologia é composta por diversas teorias e campos de atuação que se expandem. É difícil isolar um único objeto de estudo específico, pois algumas áreas tendem a adotar uma visão genética, enquanto outras se preocupam mais com a influência das relações sociais” (Sant’Anna & Brito, 2006).

Durante o processo de formação, me deparei com diversas psicologias. Senti afinidade com poucas, e nem mesmo essas serviam para mim em sua totalidade. Mesmo agora, com um pé fora da universidade¹, não consigo me identificar com uma linha teórica específica – apenas sei aquelas que não servem aos propósitos de cuidado com os quais estou implicado. Talvez até devesse falar de áreas pelas quais não me interessam, ao invés de linhas teóricas, uma vez que, na minha compreensão, diferentes linhas teóricas dizem muito mais de uma **ética de cuidado** e de um **enfoque em diferentes atravessamentos** do que um delineamento de práticas concretas.

Ainda assim, durante meu percurso acadêmico, uma coisa ficou clara: minha maior afinidade era com o trabalho na rede pública de saúde. Isso por diversos motivos. O primeiro ao qual eu sempre me refiro é que “eu gosto de desgraça”. Em palavras mais acadêmicas, gosto de lidar com situações complexas, algo extremamente presente no SUS, não apenas porque o SUS, no âmbito da saúde mental, lida muitas vezes com pessoas que além de um sofrimento psíquico grave vivem em situação de vulnerabilidade intensa. Além disso observamos o sucateamento da rede pública:

“insuficiência nos quadros de pessoal, inexistência de equipes multiprofissionais, desvinculação entre a atenção básica e os demais serviços, como unidades de pronto-atendimento, ambulatórios de especialidade e a assistência de pronto-socorro e hospitalar, que também não se articulam entre si e que são operados oficiosamente de forma privatista” (Scarcelli & Junqueira, 2011).

¹ E querendo desesperadamente me formar logo de uma vez.

A dificuldade – e uso essa palavra como sinônimo de “desafio” e “estímulo” – do trabalho na rede pública não está presente somente nas questões do caso em si, nessa ideia de um isolamento da saúde mental de um indivíduo-caso, mas também nas condições onde e como esse trabalho de acolhimento e cuidado em saúde mental irá se dar. As questões que atravessam esse cuidado não se isolam, e nem fingem se isolar, num campo individual e subjetivo. Elas se entrelaçam com a situação social e política não apenas do “sujeito” mas da comunidade onde ele vive – “vive” tanto num sentido de moradia como num sentido de quais espaços esse sujeito ocupa, físicos ou abstratos.

Mas, para além disso, meu interesse pela rede de saúde pública vem também de um compromisso ético-político pessoal com o cuidado na rede pública e com a garantia de direitos em si. A existência de uma rede de saúde pública ampla, multiprofissional e gratuita possibilita o acesso a serviços de saúde para uma população em situação de vulnerabilidade sócio/histórico/econômica a quem seria negado, de outro modo, o acesso aos direitos sociais - à saúde, à educação, à vida – garantidos pela constituição brasileira.

A existência de uma rede pública de saúde, em especial uma rede de saúde mental que não esteja focada numa lógica manicomial, é algo incompreensivelmente lindo, que foi conquistado com muita luta e que *deve* ser defendida com garras e dentes não apenas por psicólogos, mas por todos os trabalhadores de saúde, mental ou não, que prezem a garantia de acesso a direitos para todos e a manutenção da democracia num país com um histórico problemático de colonialidade, antidemocracia e especialmente, supressão de direitos de minorias.

Psicologia Enredada

É um lugar peculiar o que a Psicologia ocupa nas políticas públicas, já que tal lugar é distante de onde ela se origina.

Talvez nem se devesse pensar nele como um lugar, mas como um caminho – e este caminho tem direções muito diferentes do caminho que a clínica tradicional trilhara (e ainda trilha).

Como referem Reis e Guareschi (2010), a Psicologia surge com a esperança de se tornar Ciência – seguir no caminho tradicional, empírico e exato, descrevendo, calculando e normatizando; separando o patológico do normal, o saudável da doença. Não que ela seja especial ou particular nisso – muitos campos de conhecimento nasceram com essa esperança empirista, para então esmagarem-se contra uma parede epistemológica quando a lógica da “Verdade” se esvai. Mas, mesmo quando a díade saúde-doença se torna obsoleta, ainda assim a Psicologia guarda para si seus supostos objetos de estudo, não apenas no nível de saúde mental, mas o pensamento, o sentimento, o tal “Psique” em si, mesmo tendo que relutantemente dividir alguns aspectos desse objeto com sua meia-irmã Psiquiatria.

Mas a Psicologia na saúde pública brasileira se depara com certos aspectos antes amplamente invisíveis (ou extremamente transparentes) para ela.

Primeiro, por que a noção de indivíduo, sujeito, ou qualquer outro substantivo que isole a pessoa com questões de sofrimento psíquico não dá conta da complexidade do caso – as questões abarcadas são amplas, sistemáticas e enodadas. O sofrimento psíquico não apenas tem influência do ambiente, mas se correlaciona com ele formando um “líquen”² psicológico – ele existe modulado pela interação do individual com o coletivo, a ponto de tornar essa divisão a) impossível e b) supérflua. Impossível, porque... é impossível. Supérflua, porque tal divisão não serve para nada. A atuação do psicólogo na rede pública não se beneficia em nenhum aspecto quando se tenta desvencilhar por completo o que seria estritamente do indivíduo e o que seria da sociedade onde ele está inserido, especialmente porque o que é considerado sofrimento psíquico varia não apenas de “indivíduo” para “indivíduo”, mas de comunidade para comunidade. Ainda assim, embora a discussão sobre saúde pública não

² Líquens são organismos compostos formados pela relação simbiótica de fungos com algas ou cianobactérias (chamadas de fotobiontes), possuindo estruturas que não são produzidas por nenhum dos seus componentes, e produzindo produtos químicos normalmente ausentes quando o fungo ou o fotobionte são cultivados separadamente; portanto líquens são mais do que a soma de suas partes. (Lepp, 2011)

esteja *completamente* ausente da formação acadêmica, ainda é clara, na minha experiência, uma (p)referência por referenciais teóricos que dão prioridade a uma clínica particular, individual e, principalmente, isolada. Reis & Guareschi (2010) apontam que por muito tempo a Psicologia, tentando revestir-se de um manto de “objetividade”, esposou uma idéia de neutralidade e impessoalidade e, conseqüentemente, construiu ideias binaristas de indivíduo e social, interior e exterior – e que, para ser tomada como ciência, a Psicologia tenta se desligar do seu aspecto político.

Segundo, por que os seus objetos de trabalho (que variam de teoria para teoria, concepção de saúde para concepção de saúde) são objetos extremamente não-cooperativos. Eles se recusam a seguir suas definições, adquirem configurações diferentes de pessoa para pessoa e contexto para contexto, e são usados e analisados por outros profissionais que não as(os) psicólogas(os), ainda que com formas e olhares diferentes; “*a forma subjetiva, o sujeito, é produto resultante de um funcionamento que é de produção inconclusa, é heterogenético, nunca havendo esgotamento total da energia potencial de criação das formas.*” (Benevides, 2005). Nas clínicas tradicionais, certos aspectos são, ao mesmo tempo, marcadores essenciais e muretas de proteção para o trabalho do psicólogo – o *setting* clínico. É difícil para mim pensar em um *setting* clínico na saúde pública; pelo menos, é difícil pensar em um que não seja metamórfico, que não se altere drasticamente conforme o surgimento de demandas, as mudanças sociais, até mesmo as condições físicas e financeiras dos locais onde se trabalha.

Talvez o mais importante disso é que a Psicologia na saúde pública terá grande dificuldade de encontrar suas margens – onde começam e terminam os seus saberes, suas práticas, suas demandas. A psicologia se insere na saúde pública não como uma clínica isolada, nem mesmo como algo complementar, mas como parte da amálgama de saberes que compõe a saúde pública.

Ao mesmo tempo, complementarmente e em contrapartida, o que está em jogo aqui é que também o psicólogo se insere na saúde pública como parte da amálgama de diferentes profissionais de diferentes serviços com diferentes olhares para os usuários da rede – afinal, o processo terapêutico/de saúde, especialmente na Psicologia, não é apenas o manuseamento e manutenção de diferentes saberes e técnicas frias aplicados sobre uma questão estática, mas o produto do encontro entre pessoas inseridas no serviço, tanto como profissionais quanto como usuárias, uma vez que “*os cuidados em saúde mental, através de grandes mudanças no*

contexto ideológico-político-técnico, colocam em foco uma relação com os usuários e familiares priorizando a ética, as necessidades e os direitos individuais e civis” (Garcia Jr., Furlan, Borges, & Pasini, 2011). Contudo, como apontam Reis e Guareschi (2010) e Vasconcelos, Lins, Vargas e Ribeiro (2010), a influência positivista na Psicologia reforça suas concepções individualistas para dar-lhe um ar de respeitabilidade científica. Tal individualidade, ao meu ver, diz respeito não apenas ao entendimento do indivíduo nas redes de saúde, mas também da separação disciplinar dos diferentes campos de saberes.

Sendo assim, enquanto, na rede pública, certos campos disciplinares não encontram tanta dificuldade em estabelecer suas práticas tradicionais (como a Medicina) e outros surgem e são regulamentados em paralelo ao fortalecimento das políticas públicas (como o Serviço Social), a Psicologia emerge na rede pública com algo a oferecer, mas sem saber exatamente **como** oferecer. A Psicologia, que até então estava confinada em sua clínica particular, com seus pacientes de condições socioeconômicas relativamente homogêneas e seus campos de trabalho/operação claramente delineados, subitamente se vê entrelaçada com outros campos de saberes e outras narrativas que transbordam os limites que tentara estabelecer ao normal e ao patológico:

“A lei antimanicomial propõe a interdisciplinariedade, inclui o atendimento psicológico entre as modalidades de intervenção em instituições de saúde mental, mas não esclarece seu papel. As condições físicas e o discurso dos profissionais participantes desse estudo demonstram que o modelo manicomial ainda persiste, e que um trabalho realmente interdisciplinar é um desafio que ultrapassa o cumprimento da Lei. As condições concretas de trabalho surgem como elemento decisivo para compreender como o papel de psicólogo se institui e se desenvolve nas instituições psiquiátricas. ” (Sant’Anna & Brito, 2006).

Afinal, um dos aspectos mais difuso do trabalho da(o) psicóloga(o), a escuta, pressupõe a utilização da mesma linguagem no encontro terapêutico – pelo menos, a possibilidade da tradução eficaz entre a fala do “sujeito” e a escuta do psicólogo. Contudo, a formação voltada a clínica tradicional, em vários aspectos “individualista”, corre o risco de perder de vista como ocorrem os processos de sofrimento que são muitas vezes intimamente relacionados a processos concretos, questões sociais e questões que fogem ao âmbito da dimensão psíquica restrita. *“O contrato de cuidado, ao ser estabelecido com o sujeito sofredor, deve priorizar sua história de vida, a cultura em que está imerso e suas particularidades, bem como suas inter-relações na sociedade”* (Prandoni & Padilha, 2006).

O que está em jogo aqui não é só *o que* a pessoa diz, mas também os qualificadores: *como* ela diz, *porque* ela diz, *para quem* ela diz. Assim,

“a formação de trabalhadores em saúde é tarefa complexa, pois deve estar voltada para a organização de trabalho coletivo, apoiado em diferentes abordagens. No caso das ações desenvolvidas por profissionais psi e de práticas em saúde mental, outros aspectos aprofundam essa complexidade: o instrumento de trabalho é a própria subjetividade dos trabalhadores e as relações estabelecidas entre eles e também com seus "pacientes", portanto, aspectos intersubjetivos incluem-se como problemática nos projetos de formação.” (Scarcelli & Junqueira, 2011)

Essa minha impressão tem uma forte reciprocidade com o modo como aprendi a fazer psicologia durante minha formação, mas não consigo dizer “quem é o ovo e quem é a galinha”. Sei que não apenas meu “aprendizado” tradicional, mas também minha experiência nos campos de estágio me fez procurar um trabalho próximo aos profissionais de outras formações.

Contudo, isso continua sendo algo difícil na rede pública. Não apenas pela falta de discussões sobre políticas públicas na formação, mas também pelas variações drásticas de concepções de saúde por parte de outros profissionais, uma vez que *“o confronto entre especialidades na área da saúde não decorre apenas do fato de serem disciplinas com diferentes corpos de conhecimento, mas, especialmente, por diferirem em seus esquemas referenciais.”* (Ramos-Cerqueira, 1994).

Além disso, é impossível ignorar a forte presença, tanto por parte de usuários como dos profissionais de saúde mental, de uma concepção tradicional e biologicista de saúde e dos processos de adoecimento. Como refere Silva (2001), esse saber médico põe o “louco”, o “transtornado” abaixo das ditas pessoas normais, que não possui um discurso compreensível, e que portanto deve ter sua “insanidade” eliminada; essa lógica não apenas influencia e se concretiza nas práticas de saúde, mas também no discurso social sobre o “louco” e sua “loucura”. Essa concepção, no entanto, muitas vezes reduz o sujeito ao seu diagnóstico ou transtorno; e circunscreve seu processo de adoecimento e sofrimento psíquico como algo para além dos processos naturais de vida da pessoa.

Ainda assim, a experiência de trabalhar com outros profissionais foi indispensável para minha formação enquanto psicólogo, já que:

[...] a adoção de integralidade como eixo orientador da formação de profissionais de saúde resgata a necessidade de considerar a totalidade na análise de qualquer fenômeno em questão, exigindo uma compreensão

integral do mundo e das relações sociais e políticas.”(Machado & Tomazini, 2015).

Sendo assim, para a Psicologia, não se trata apenas de conseguir desconstruir essa noção de saúde-doença, loucura-normalidade e manter essa desconstrução para si mesma. Aliás, segundo Scarcelli & Junqueira (2011):

[...] tem sido frequente a publicação de trabalhos, produzidos por psicólogos ou pesquisadores da área, que fazem reflexões relevantes se circunscritas ao campo da Psicologia, mas que perdem sua força e importância exatamente por terem como pressupostos as políticas, os projetos e os discursos oficiais que quase nunca são questionados.

Não basta que a Psicologia, ou os psicólogos, obtenham novas concepções de saúde mental e se contentem com isso; “*a ideia da invenção de outros modos de tratar a loucura deve fazer parte da abordagem de cuidado*” (Prandoni & Padilha, 2006). Contudo, no campo, isso não necessariamente consegue ser expressado.

Utilizo aqui o conceito de interdisciplinaridade como “*a síntese das atitudes de reciprocidade no diálogo, atitude de humildade diante das limitações, atitude de desafio perante o novo e atitude de envolvimento, comprometimento e responsabilidade*” (Fazenda, 1999, como citado em Ocampo et al., 2016). Portanto, entende-se “interdisciplinaridade” aqui como o encontro de diferentes disciplinas (que se mantém na rede pública) que podem produzir algo para além de seus respectivos campos de conhecimento.

Experiências de Estágio

Meus primeiros estágios durante a graduação (básico e de ênfase) foram no Acompanhamento Terapêutico na Rede (AT na Rede), que realiza acompanhamentos terapêuticos com pessoas que tenham questões de sofrimento psíquico, mas que também se veem impossibilitadas de livre circulação pela cidade devido aos mais diferentes aspectos: o próprio sofrimento psíquico, questões de vulnerabilidade social que a impossibilitem o livre trânsito, internações compulsórias ou estadias em abrigo, etc. Nesse sentido, o Acompanhamento Terapêutico realizado pelo projeto tem dois objetivos centrais: o primeiro, de resgatar o espaço da pessoa na cidade, aumentando sua capacidade de autonomia e circulação; o segundo, de fazer uma articulação do acompanhado com sua rede de saúde, tanto no âmbito das políticas públicas como da comunidade.

O AT se difere das clínicas tradicionais por se dar no dia-a-dia da pessoa; é uma clínica do cotidiano. Assim, *“uma característica bastante peculiar ao acompanhamento terapêutico, ao AT, é o fato de que o seu exercício se dá ‘entre’ lugares, o que pode significar ‘entre um dentro e um fora’, ‘entre a casa e a rua’.”*(Palombini, 2009).

De fato, enquanto dois dos três casos que acompanhei no meu período de estágio no Projeto AT na REDE se caracterizaram por acompanhar a pessoa na rua em atividades do cotidiano, em um deles eu raramente acompanhei a “pessoa-questão” ou seus familiares na rua, e muitos dos acompanhamentos se deram dentro de casa. Além disso, o atendimento poucas vezes se dava exclusivamente com a “pessoa-questão”; muitas vezes eu interagia (e até certo ponto atendia) a família desse acompanhado que convivia diariamente com ele.

Ainda assim, a ideia é que não se isole o acompanhamento terapêutico, o atendimento, da “vida normal” da pessoa, entendendo o processo de adoecimento e sofrimento psíquico como uma parte natural da vida. O AT, assim, parte de uma perspectiva de desinstitucionalização do cuidado a loucura,

[...] de forma que o atendimento à psicose se desloca, em tais experiências, de uma relação entre o suposto saber e seu objeto de análise para uma relação humana, baseada sobretudo numa ética da amizade (ainda que não despojada de compreensões analíticas que podem servir como mecanismo intensificador de uma boa qualidade relacional)” (Silva, 2001)

Meu segundo estágio foi na internação do Hospital Sanatório Partenon (HSP). O HSP é um hospital estadual referência em tratamento para tuberculose, HIV/AIDS e hepatites virais. No terreno onde se situa o hospital há também os o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para AIDS e o Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis (CAMMI), assim como um ambulatório para atendimento dos usuários que estão em acompanhamento pelos serviços. Na internação hospitalar se encontram exclusivamente pacientes que tenham tuberculose, com ou sem suas comorbidades. O tratamento da tuberculose é, idealmente, um tratamento ambulatorial, sem necessidade de internação. Entretanto, devido principalmente a questões sociais, muitos casos necessitam de internação.

Há quatro tipos de tratamento para a tuberculose, independentemente de se o paciente está internado ou não. O tratamento mais comum é o esquema Básico, o tratamento padrão para tuberculose, com duração de seis meses. Contudo, há casos nos quais o bacilo desenvolve resistência a uma ou mais medicações, exigindo que se utilize um esquema referido como esquema Multi Droga Resistente (MDR), tratamento de dezoito meses, no qual são realizadas injeções nos primeiros seis meses. Quando o bacilo é resistente até mesmo aos medicamentos de alta complexidade, é introduzido o esquema referido como Extensivamente Droga Resistente (XDR). Nesses casos, muitas vezes precisam ser administrados medicamentos de última linha ou medicamentos novos (como a Betaquilina), sendo a internação compulsória, uma vez que o hospital não disponibiliza Betaquilina para os postos de saúde. Casos XDR são casos de alta complexidade, uma vez que o tratamento é necessariamente de no mínimo um ano e meio, e por muitas vezes pode levar mais tempo, já que o bacilo pode demorar para ser eliminado de vez do paciente.

O teste para descobrir se o paciente está ou não transmitindo tuberculose é o teste de bactéria álcool-ácido resistente (BAAR) no escarro. Esse teste serve para apontar a presença do bacilo da tuberculose no escarro do paciente, e é representado numa escala que vai de três cruces (+++) a negativo (-). O paciente com uma ou mais cruces ainda está transmitindo a tuberculose na tosse e na respiração; o paciente negativado, ainda que não necessariamente curado da tuberculose, não está transmitindo o bacilo.

Os pacientes contam com uma equipe multidisciplinar de referência (composta por um médico, um psicólogo, um assistente social e um psiquiatra), e ainda com a equipe da internação, que atende a todos os pacientes (e conta com médicos, psicólogos, assistentes

sociais, enfermeiros, psiquiatras, terapeuta ocupacional, educadores físicos, estagiários de psicologia, serviço social, educação física, entre outras áreas).

A questão central da internação no hospital, contudo, não é a tuberculose. A tuberculose é uma doença oportunista, que acaba infectando o paciente devido à agravantes de saúde previamente presentes, como a imunidade baixa ou a exposição contínua a situações de risco. Uma vez que o tratamento para a tuberculose é, idealmente, um tratamento ambulatorial, a internação recebe pacientes que se encontram com grandes dificuldades de realizar o tratamento fora do hospital. Isso, em minha experiência, se deve na maioria dos casos, à situações de extrema vulnerabilidade social: grande parte dos casos apresentam questões como a coinfeção tuberculose/HIV, uso problemático de drogas, vida em situação de rua.

O trabalho do psicólogo no hospital, para além de auxiliar a estadia na internação, é também trabalhar com as questões da relação do paciente com as drogas e com sua rede fora do hospital. Além disso, a psicologia também organiza a saída para a participação da atividades do CAPS AD III Partenon/Lomba do Pinheiro com pacientes que estejam com dois BAAR negativos e que tenham questões relativas ao seu uso de drogas e tenham interesse em buscar tratamento.

Analisando estas duas inserções de estágio, poder-se-ia dizer que minha experiência no AT foi, primeiramente e majoritariamente, uma experiência de certo modo solitária. Lidar com pessoas em vulnerabilidade social extrema e com forte sofrimento psíquico muitas vezes significa lidar com casos onde a rede pública disponível para a pessoa já esgotou todos os esforços que entende como possíveis, e muitas vezes se vê impossibilitada de oferecer outros modos de saúde para a pessoa. Assim, a dificuldade do trabalho no AT não se apresentava tanto, para mim, na escuta do sofrimento da pessoa, mas sim no desamparo vivido por parte da pessoa e de sua família no que diz respeito aos serviços de saúde e assistência. Bem como no desamparo que os próprios funcionários da rede de saúde sentiam em lidar com o caso – não apenas devido à complexidade dos casos (que, deve-se admitir, eram extremamente complexos e multifacetados), mas também ao sucateamento dos serviços da rede pública de saúde, que muitas vezes não fornecesse recursos apropriados (ou até mesmo necessários) para que a promoção de saúde seja feita de maneira satisfatória.

Sendo assim, em dois dos três casos que acompanhei – e em grande parte dos casos que eram relatados nas reuniões de equipe do AT – nosso trabalho era majoritariamente solitário, já que cada acompanhante é responsabiliza-se sozinho (ou por vezes em duplas) pelo acompanhamento presencial de seu próprio caso, e era comum que a rede de saúde já tivesse se distanciado do caso, ou por se sentir incapaz de oferecer outras vias de cuidado, ou por culpabilizarem os usuários pela “adesão precária” ao(s) tratamentos.

Em contrapartida, o HSP conta com uma equipe de técnicos de grande variedade de formação, concepção de saúde, campo de atuação e relação intersetorial. Já que, no hospital, a questão principal não é a saúde mental, mas a tuberculose, os profissionais de saúde mental não são indispensáveis ao tratamento. Isso não é dizer que a questão de saúde mental não é de extrema importância nos processos de saúde dos pacientes internados; mas é importante denotar que, ao contrário de serviços de saúde especializados em saúde mental, é possível no HSP que um psicólogo seja designado a um paciente que não apresente demanda alguma de saúde mental durante toda sua internação.

Isso, claro, é algo relativamente incomum, uma vez que as condições sociais dos pacientes muitas vezes criem solo fértil para questões de saúde mental. Contudo, também não são raros casos de pacientes que, apesar de terem demandas de saúde mental **no ponto de vista dos técnicos**, não apresentam queixas e por muitas vezes não referem desejo ou vontade de conversar com os psicólogos. Os motivos para isso podem ser variados, mas é importante denotar que é possível que vários dos pacientes simplesmente não queiram ser atendidos pela Psicologia, e portanto temos que ser extremamente cuidadosos quando atribuímos aos usuários demandas psicológicas. Além disso, já que é uma equipe interdisciplinar muito variada, as concepções de saúde e de cuidado com saúde variam amplamente entre profissionais, e não é raro que um técnico tenha uma visão completamente diferente de outro, ainda que trabalhem na mesma equipe, muitas vezes com o mesmo paciente.

Cenas do Trabalho Entre

Nessas cenas, todos os nomes são fictícios e escolho não declarar a formação dos profissionais. Ao invés de falar de psicólogos, médicos, assistentes sociais, usuário x, farei referência a cores, por exemplo: Setor Verde, Setor Vermelho, Setor Azul... Essa escolha é feita por dois motivos: primeiro, para que o foco da discussão não recaia sobre a formação do profissional, mas sim para o fato de, apesar que diferentes profissionais tenham formações que acabem influenciando numa certa consonância de concepções de saúde e sujeito, o modo como essas formações e concepções se configuram e se apresentam em campo está, na minha opinião, intrinsecamente relacionada com o profissional enquanto sujeito e enquanto agente/ator do processo de saúde. Segundo, para que se mantenha o sigilo dos envolvidos, uma vez que, ainda que os nomes sejam fictícios e eu tenha tentado ao máximo não especificar os profissionais e usuários, ainda seria possível para as pessoas relacionadas às histórias identificarem os profissionais em questão.

Cena 1

Em uma reunião conturbada, a questão central era um paciente específico, que todos, menos a profissional do setor Verde responsável por ele, concordavam ser um paciente de difícil manejo. Em poucos minutos, *o que começou com uma discussão sobre o que seria feito quanto ao paciente, tornou-se uma briga sobre o retorno dos hospitais psiquiátricos.*

Bem, não exatamente dos hospitais psiquiátricos. Os profissionais do Setor Vermelho simplesmente concordavam que, sendo ele um risco para os outros, como eles achavam, ele deveria poder ser internado compulsoriamente por precaução com a segurança dos demais; mas isso não necessariamente significava que tal ambiente precisaria se chamar de “hospital psiquiátrico”. Como a maioria deles estava de acordo, ninguém queria ousar discordar deles, exceto uma profissional do setor Azul que os criticou por diversos motivos. Primeiro por que o lugar não deveria ser uma prisão – contra o que os profissionais Vermelhos argumentaram que não era uma prisão. Em segundo lugar, ela comentou que eles não tinham espaço físico ou recursos financeiros para internar pacientes – contra o que um dos profissionais Vermelhos contrapôs que muitas pessoas não haviam tido, mas eventualmente vieram a ter, e que Bill Gates não nascera milionário, mas eventualmente conseguira dinheiro. Discutiram sobre o fato de que o paciente em questão tinha problemas com álcool e outras drogas – contra o que fora contraposto que aquele não era um serviço especializado em adicção; sendo assim, o foco

deles não era esse e não era de sua competência dar conta disso. Afinal, “ele usava drogas porque queria”. Sem que a equipe de referência do usuário pudesse falar qualquer coisa, chegou-se ao ponto em que um técnico ria descaradamente do outro; uma das técnicas chamou a outra de “querida” no tom com o qual se mandaria alguém “a merda” e o coordenador da reunião teve que mandar as pessoas se acalmarem quando cinco conversas e duas brigas paralelas aconteciam ao mesmo tempo.

Isso fora o culminar de diversas tensões que já tinham aparecido em reuniões anteriores, portanto, quando a reunião da semana seguinte chegou, contando com os mesmos participantes, já era esperado que os conflitos viessem à tona novamente. Contudo, um dos profissionais do setor Vermelho, que coordenava a reunião, após os assuntos se encerrarem, tomou duas atitudes incomuns: em primeiro lugar, fez questão de parabenizar o trabalho de uma das profissionais e de todo o seu setor Verde e de perguntar para cada profissional que se encontrava na sala, inclusive os estagiários e profissionais que muitas vezes não eram ouvidos como os do setor Marrom e Cinza, se tinham algo a adicionar a discussão. Nessa reunião, porém, ele era o único profissional do setor Vermelho presente, uma vez que a presença dos profissionais desse setor nas reuniões desse serviço era irregular, a exceção dele.

Cena 2

Quando fui encarregado de acompanhar o paciente Gérson, me encontrei com dificuldades de como me apresentar a ele. Era início de meu estágio no local e, ainda inseguro de como as coisas deveriam prosseguir, encontrei a profissional de outro setor encarregada pelo caso (casualmente, sem ter planejado contatá-la para essa finalidade) e, aproveitando que ela parecia estar disponível, perguntei se ela teria alguma ideia de como eu poderia me aproximar dele. Ela, extremamente solícita, me disse que essa apresentação podia ser algo extremamente simples, mas que, se eu preferisse, ela poderia ir comigo até ele e me apresentar, já que ela o acompanhava há mais tempo já possuindo um vínculo com o paciente. Aceitei o convite, e ela me apresentou ao paciente.

Meu atendimento com ele acabou no horário do almoço, então fui almoçar. Assim que terminei de almoçar e voltei para o meu setor, uma das profissionais me interpelou perguntando, “por que eu tinha ido pedir ajuda da profissional Verde?”. Eu, que não entendia o que eu poderia ter feito de errado, mas percebendo que *algo de errado* eu fizera, disse que não havia pedido a ajuda dela, só havia feito uma pergunta. A profissional do meu setor, ainda

perplexa, me perguntou por que eu não havia pedido ajuda para ela ou para outro profissional do meu setor, já que estavam disponíveis para me ajudar. Eu novamente reforcei que não havia pedido ajuda, e só havia me dirigido a ela por ser a profissional do setor Verde responsável pelo caso – e que tinha achado interessante ter falado com uma profissional de outro setor, dadas as vantagens de um trabalho interdisciplinar.

Após algum tempo onde eu não conseguia compreender o que a profissional do meu setor havia achado de errado, e ela não conseguindo compreender *como* eu não conseguia ver o que eu havia feito de errado, ela se resignou a me dizer que, embora eu “não tivesse feito nada de errado” (uma declaração obviamente desmentida por sua expressão, tom de voz e conteúdo de fala), ela me aconselhava a não tornar a fazer aquilo de novo, já que no serviço, todos precisavam “mostrar trabalho” e ficar “pedindo ajuda” para outros setores poderia mostrar um enfraquecimento do setor e uma precarização da posição dos profissionais naquela rede. Ali, ficou claro para mim que, apesar da proposta de interdisciplinaridade que era declarada como valorizada, a aproximação com outros setores deveria ser realizada com muito cuidado e discrição.

Cena 3

Um dos pacientes que eu acompanhava precisaria ser encaminhado a outro serviço, uma vez que foi entendido pela equipe e pelo meu setor que não tínhamos condições de seguir o acompanhamento dessa pessoa. Meu trabalho, enquanto responsável pelo caso, seria de fazer o encaminhamento para esse outro serviço (no caso um CAPS) até que o período de acompanhamento se encerrasse. Chegando pela primeira vez nesse CAPS, fomos atendidos por uma profissional do setor Marrom, um setor com o qual raramente tinha trabalhado até então e do qual, sinceramente, não conhecia muito. Realizamos uma reunião em que estavam presentes eu, um de meus colegas do setor, a “pessoa em questão”, e a profissional do setor Marrom. Durante essa reunião, percebi inicialmente que meu colega e a profissional estavam conversando sobre o paciente como se ele não estivesse presente. Quando a profissional me fez uma pergunta sobre a vida do usuário, eu direcionei a pergunta a ele, para que ele a pudesse responder. Enfim, ao final da reunião, foi acordado que ele passaria a ser atendido pelo CAPS, e que o meu acompanhamento seria na direção da melhor vinculação dele com o serviço.

A partir daí meu acompanhamento com o usuário implicou basicamente a acompanhá-lo ao serviço e esperá-lo do lado de fora durante as duas horas em que ele era atendido. Meu testemunho sobre sua participação no grupo, portanto, não se baseava no que eu podia observar, já que não o acompanhava no grupo (partindo da ideia de fomentar sua independência e oferecer-lhe um espaço onde não “precisasse” de um acompanhante), mas sim de seus relatos e das conversas que eu tinha com a profissional Marrom. Sendo assim, tentei o máximo possível estabelecer um trabalho muito próximo com a profissional Marrom, alguém que, no decorrer do acompanhamento, passei a confiar bastante. Apesar de nossas formações diferentes, tínhamos uma noção parecida de saúde mental e, ainda que talvez as questões teóricas de desinstitucionalização e garantia de autonomia do sujeito não estivessem tão presentes em seu discurso, suas ações, seu modo de agir para com os pacientes demonstravam implicação com a proposta. Sua concepção de saúde não partia de um pressuposto biologicista, de um saber-poder sobre o outro, mas sim de uma disponibilidade à escuta das potencialidades do usuário que, no decorrer do meu acompanhamento, demonstrou uma melhora em seu comprometimento psíquico que nenhum de nós havia ousado esperar. Essa profissional, contudo, me contava das dificuldades presentes no serviço e que muitas vezes precisava comprar os materiais necessários para suas atividades com o seu próprio dinheiro, uma vez que não recebiam verbas suficientes para garantir um atendimento satisfatório.

Cena 4

Encontrei-me numa situação onde eu e um dos usuários pelos quais eu era responsável estávamos caminhando pela rua, retornando de um atendimento em outro serviço. Esse era um paciente com virtualmente nenhuma possibilidade de transitar pela cidade, pelas ruas, algo que claramente se fazia questão para ele. De fato, estávamos caminhando junto já que ele não poderia, nos termos do meu serviço, “andar sozinho pelas ruas”. Contudo, naquele dia havíamos combinado de que, no retorno, ele poderia voltar para casa sozinho. Quando chegamos a aproximadamente metade da distância entre o serviço e sua casa, nos despedimos, já que não iríamos para o mesmo lugar.

Contudo, quando ele começou a ir embora, algo – que chamarei de “intuição clínica” - para não dizer que eu tinha alguma justificativa concreta para pensar isso, mas ao mesmo

tempo não parecer que eu estava completamente sem justificativa alguma – me fez desconfiar que ele não manteria nosso combinado. Eu e a profissional do serviço havíamos concordado que ele poderia voltar, pois ele apresentava uma melhora inesperada por nós; além disso, a ideia por trás de meu acompanhamento com ele era justamente desenvolver sua autonomia – desrespeitar o combinado e lhe pedir que pudesse acompanhá-lo de volta a sua casa iria de encontro a proposta que tínhamos lhe feito. Naquele momento, me vi dividido entre duas perspectivas: a da proposta de promoção de autonomia que meu acompanhamento propunha, e minha responsabilidade com o indivíduo que eu estava acompanhando e com o serviço que estava representando, tanto num sentido epistemológico como legal.

Enquanto ele se distanciava de mim, tentei em vão tomar uma decisão sobre ir embora, deixando-o voltar para sua casa desacompanhado, ou segui-lo para assegurar-me de que ele voltaria. Por um lado, ir embora sem me assegurar que ele voltaria para casa mostraria uma confiança no vínculo formado com ele e serviria de exemplo de sua autonomia e reponsabilidade pessoal, que era considerada inexistente por grande parte dos atores de sua rede de saúde mental. Contudo, isso significava o risco de que ele não voltasse para casa, se perdesse ou desaparecesse. Por outro lado, segui-lo de volta significaria uma posição “policialesca” da minha parte, uma posição de controle sobre seus processos e suas trajetórias, o que ia contra os pressupostos do acompanhamento e, até certo ponto, de meu compromisso com a autonomia de meus acompanhados e pacientes. Entretanto, garantiria um cuidado que talvez ele não pudesse ter consigo mesmo, e me asseguraria que ele voltaria para casa em segurança.

Quando ele dobrou a rua e o perdi de vista, contudo, decidi que deveria segui-lo, pois algo me dizia que ele não voltaria para casa. Indo atrás dele, descobri que, na rua onde ele deveria ter dobrado a esquerda para voltar para casa, ele havia dobrado a direita, o que certamente significaria que, se eu não o tivesse seguido, ele teria ido para outro lugar. Se ele se perderia, se aconteceria algo de ruim com ele, não sei.... Mas, com certeza, eu seria responsável por uma falta com o cuidado com ele.

Chamei seu nome e ele fingiu que não me ouviu. Apenas após repetir o chamado duas vezes ele respondeu a minha voz, e fomos juntos para sua casa. Neste caso, não imagino que eu tenha tomado a decisão certa – apenas tomei uma decisão. Havia resposta certa ou errada ali?

Como Fazer Um Trabalho (?)

O que fica de minhas experiências de estágio é que, ainda que seja subentendido por grande parte dos profissionais que a interdisciplinaridade é uma parte importante do trabalho em saúde (especialmente mental), ainda é difícil que isso se concretize no cotidiano do trabalho em saúde, caracterizando que “[...] o discurso mais tradicional e socialmente valorizado, o discurso médico, prevaleça na ausência de trocas de informações, de convivência entre profissionais de áreas distintas” (Sant’Anna & Brito, 2006).

A psicologia se diferencia pela Escuta, mas essa Escuta que trabalha nas entrelinhas. Quando dizemos que trabalhamos com a escuta, é simplista pensar que isso significa simplesmente ouvir a fala de uma ou mais pessoas. Essa escuta da psicologia não diz respeito a uma captação correta do discurso do sujeito, do desenrolar da fala do sujeito até que se encontre uma linha de discurso correta, coerente e análoga aos “fatos reais”, mas significa uma sensibilização por parte do psicólogo – o psicólogo enquanto pessoa participante de um encontro com o outro – que disponibilize um espaço de acolhimento às demandas e questões da pessoa.

A psicologia se relaciona com a interdisciplinaridade na Saúde Mental também como certo agente flexibilizador. Podemos pensar a psicologia como o “elastano” que pode tornar a escuta na rede pública mais elástica, entendendo a sensibilidade da escuta às particularidades de cada indivíduo e cada contexto; e que também pode tornar mais elástica a concepção que o usuário tem de si mesmo, ressignificando seus processos e suas questões.

“Assim, talvez seja possível evitarmos os efeitos, que nos parecem na prática, deletérios, de cristalização do ser em aspectos personalistas, a partir de pressupostos epistêmicos que atam discursivamente o sujeito psicológico a enunciados de uma interioridade que o escraviza, na medida em que não leva em conta a história dos discursos psicológicos, produtores de enunciados como o de "personalidade, essência, sujeito, eu interior, eu fechado", dentre outros” (Silveira & Simanke, 2009)

A psicologia se beneficia da interdisciplinaridade podendo ouvir quais discursos são postos sobre a pessoa, para além do discurso da própria pessoa, e em reciprocidade pode fornecer campos de possibilidade para que esses diferentes discursos interajam entre si, cruzando-se, alterando-se e complementando-se. Isso é importante pois “[...] os eixos da universalidade, equidade e integralidade, constitutivos do SUS só se efetivam quando conseguimos inventar modos de fazer acontecer tais eixos.” (Benevides, 2005), e cabe a psicologia (também) criar modos de viabilização para esses processos.

“Não basta, portanto, a apresentação de modos de fazer e de técnicas voltadas para um aprimoramento de estruturas que podem se burocratizar, mas a criação de condições para a construção desses modos de fazer, de pensar, de esquemas conceituais que permitam a implementação criativa de práticas e a ressignificação das políticas orientadoras.”(Scarcelli & Junqueira, 2011)

E ao mesmo tempo, isso não é nenhuma novidade. Há pilhas e pilhas de artigos, livros e outras publicações falando do valor da interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade ou multidisciplinaridade no trabalho da psicologia, todos eles dizendo coisas semelhantes com palavras e autores de referência diferentes. A importância do trabalho interdisciplinar já está estabelecida há tempos, assim como a importância da escuta do sujeito em seu contexto. Então por que isso ainda surge como questão para discussão?

A meu ver, o que dificulta a concretização de uma interdisciplinaridade, um trabalho em conjunto, é a ética de trabalho e entendimento de saúde por parte de cada agente/trabalhador/indivíduo de saúde. E não digo isso necessariamente de uma forma negativa, condenando aqueles que ainda operam em uma concepção de serviços de saúde fragmentados e questões de adoecimentos isoladas. Os serviços de saúde mental *“[...]atuam ainda, dentro de uma lógica linear, através de práticas positivistas, que delimitam espaços e fragmentam o sujeito, com ações isoladas em cada serviço.”* (Machado & Tomazini, 2015), e os trabalhadores de saúde, para além de agentes abstratos, são pessoas que tem relações com idealizações de concepções de trabalho e quanto às pessoas à quem atendem. Sendo assim, adotar uma postura que quebre com paradigmas, com práticas pré-estabelecidas nos serviços e com concepções de saúde que permeiam tanto os profissionais como os usuários da rede de saúde, implica consequências pessoais e concretas para a pessoa que o faz. O que perpassa na interdisciplinaridade, para além de uma diferença entre saberes, são também as questões de relação interpessoais e interprofissionais dos profissionais de saúde do serviço, assim como da relação de cada profissional do serviço com a sua concepção de saúde. Sendo assim, não basta dizer que “um trabalho integralizado é importante”; embora isso ainda muitas vezes esteja em jogo, o que para mim aparece como principal questão é a postura, o compromisso *peçoal* do profissional com suas práticas de saúde – isso porque, na sua atuação como psicólogo, enfermeiro, médico, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, seja lá o que for, a questão, como já foi dito, não é simplesmente aplicação fria de ferramentas e conhecimentos preestabelecidos. Isso, se por um lado possibilita um melhor entendimento dos atravessamentos do processo de adoecimento, também não permite ao profissional uma segurança profissional, ética e até mesmo jurídica para com seu trabalho: se algo der errado, se alguém vier contestar seu trabalho porque este “falhou”, não é possível ir até um

“checklist” e provar que tudo que devia ser feito foi feito. Quando a prática é subjetiva, heterogênea, incerta, aparece também a incerteza das boas práticas de trabalho e a insegurança profissional de se ter feito o que se deve fazer – algo que, ainda que não seja central no aspecto do cuidado, é com certeza um atravessamento.

Sendo assim, na discussão de interdisciplinaridade, o que dificulta a efetivação de práticas é, a meu ver, o concreto do trabalho. Não se trata aqui de uma simplesmente “aprender”, “saber” no sentido tradicional da palavra sobre a necessidade de integralidade no cuidado do sujeito, mas sim a integração desses saberes com a experiência, já que “*o saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana. De fato, a experiência é uma espécie de mediação entre ambos.*”(Bondía, 2002); se trata de uma postura, de uma aposta por parte do *agente de saúde* enquanto profissional e enquanto pessoa que assuma um compromisso com uma ideia e uma experimentação ético-política do cuidado do sujeito integralizado e interdisciplinar.

“Mais do que fazer uma discussão de conteúdos curriculares, ou mesmo indicar disciplinas a serem incluídas e/ou excluídas dos cursos de formação devemos nos perguntar sobre quais práticas tais psicólogos têm efetuado, quais compromissos ético-políticos têm tomado como prioritários em suas ações. É claro que isto não se separa dos referenciais teórico-conceituais que dão suporte a estas práticas e, é claro também, que se trata de uma tomada de posição, de atitude, quanto ao que se define como objeto e campo de intervenção da Psicologia. Trata-se, então, de uma discussão ética, melhor dizendo, ético-política. Se não aceitamos as posições abstratas, transcendentais, descoladas de onde a vida se passa, precisamos, imediatamente, trazer ao debate questões sobre o contemporâneo, tanto em sua dimensão transnacional, mundial, quanto local, brasileira.”(Benevides, 2005).

Esse é um dos principais compromissos da Psicologia para com a rede pública. Como refere Benevides (2005), a Psicologia pode servir de articulador entre os diferentes agentes que compõe as redes de saúde, possibilitando a criação de novos espaços de concretização das políticas públicas e de encontros entre os usuários, trabalhadores e gestores.

“pensar-fazer políticas de saúde exige, então, criação de dispositivos, exige criação de espaços de contratualização entre os diversos atores que compõem as redes de saúde, exige um estar com o outro: usuário, trabalhador, gestor. Aqui certamente a Psicologia pode estar, aqui ela pode fazer intercessão.”(Benevides, 2005).

É importante pensar que, quando falamos que a psicologia, especialmente na saúde pública, se vê convocada a reconhecer os atravessamentos sociais, econômicos e políticos que a influenciam, não estamos falando somente no âmbito dos usuários, mas também no âmbito dos profissionais. Cabe a nós, agentes de saúde, não apenas entender a saúde, a saúde mental, as políticas públicas como campos de problemática mutáveis, heterogêneos e dinâmicos, mas

também de assumirmos um compromisso com uma ética de cuidado que nos permita não apenas dialogar com o sujeito sobre suas concepções de loucura, saúde, bem-estar, etc., mas também com outros serviços, outros profissionais, outras *pessoas*, e acharmos meios de viabilizar esse diálogo, tendo em vista uma prática de saúde acolhedora, democrática e que preze os direitos e liberdades de todos nela inseridos.

Referências

- Benevides, R. (2005). A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. . *Psicologia & Sociedade*, 17(2), pp. 21-25.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), pp. 20-28.
- Garcia Jr., C. A., Furlan, F. C., Borges, V. R., & Pasini, V. L. (2011). Micropolítica em saúde mental: um processo histórico em uma instituição de saúde. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe), pp. 161-169.
- Lepp, H. (7 de Março de 2011). *What is a lichen?* Fonte: Australia National Botanic Gardens: <https://www.anbg.gov.au/lichen/what-is-lichen.html>
- Machado, P. d., & Tomazini, D. C. (2015). "Você é de quem" Integralidade do cuidado em saúde mental. Em M. Conte, *Caiu na rede mas não é peixe: Vulnerabilidades Sociais e Desafios para a Integralidade* (pp. 39-54). Porto Alegre: Pacartes.
- Ocampo, D. M., Santos, M. E., & Folmer, V. (2016). A Interdisciplinaridade no Ensino É Possível? Prós e contras na perspectiva de professores de Matemática. *Bolema: Boletim de Educação Matemática*, 30(56), pp. 1014-1030.
- Palombini, A. d. (2009). Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21(2), pp. 295-317.
- Prandoni, R. F., & Padilha, M. I. (2006). Loucura e complexidade na clínica do cotidiano. *Escola Anna Nery*, 10(4), pp. 623-634.
- Ramos-Cerqueira, A. T. (1994). Interdisciplinaridade e psicologia na área da saúde. *Temas em Psicologia*, 2(3), pp. 37-41.
- Reis, C. d., & Guareschi, N. M. (2010). Encontros e desencontros entre Psicologia e Política: formando, deformando e transformando profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), pp. 854-867.
- Sant'Anna, T. C., & Brito, V. C. (2006). A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(3), pp. 368-383.

- Scarcelli, I. R., & Junqueira, V. (2011). O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), pp. 340-357.
- Silva, E. P. (2001). Ética, loucura e normalização: um diálogo entre a psicanálise e Michel Foucault. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(4), pp. 16-25.
- Silveira, F. d., & Simanke, R. T. (2009). A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21(1), pp. 23-42.
- Vasconcelos, I., Lins, S. L., Vargas, G. C., & Ribeiro, K. C. (2010). Concepções de loucura em um traçado histórico-cultural: uma articulação com o Construcionismo Social. *Mental*, 8(14), pp. 49-63.