


ENTRE A LOUCURA E A *PRÁXIS* INTERPROFISSIONAL DO CUIDADO: REFLEXÕES SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE MENTAL

 <https://doi.org/10.56238/arev7n4-290>

Data de submissão: 29/03/2025

Data de publicação: 29/04/2025

Magda Fabiana do Amaral Pereira Lima

Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Katamara Medeiros Tavares

Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Deivson Wendell da Costa Lima

Doutor em Enfermagem Psiquiátrica
Universidade de São Paulo (USP)

Karla Correa Lima Miranda

Doutora em Saúde Comunitária
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Lia Carneiro Silveira

Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Lucia de Fatima da Silva

Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Maria Vilani Cavalcante Guedes

Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Maria Celia de Freitas

Doutora em Enfermagem Fundamental
Universidade de São Paulo (USP)

RESUMO

O presente escrito objetiva desenvolver reflexão teórica acerca da interdisciplinaridade em saúde mental, de modo a refletir sobre a loucura e a saúde mental no panorama da reforma psiquiátrica brasileira; analisar interdisciplinaridade como pano de fundo das ações em saúde mental; e compreender como a interprofissionalidade se estrutura enquanto *práxis* interdisciplinar na saúde mental. Para tanto, empreendeu-se estudo de reflexão, a partir de revisão de literatura - livros e artigos - que contemplasse as categorias/temáticas “saúde mental”, “interdisciplinaridade”, “reforma psiquiátrica brasileira” e/ou “história da loucura”. Saúde mental e interdisciplinaridade têm a gênese em saber limitado e/ou atuação limitante. De um lado, a interdisciplinaridade enquanto alternativa à fragmentação e especializações; do outro a Saúde Mental, que se emoldura na tela da Reforma

contraposta às práticas tradicionais, padronizadas e especializadas da psiquiatria (especialidade médica) tradicional. No horizonte bem próximo, as linhas não retas das duas áreas de saber/estudo/atuação se encontram, mais em movimento elíptico infinito de encontros e reencontros, do que de paralelas. Ao considerar o caráter criativo e multicêntrico da interdisciplinaridade, resta usufruí-la como princípio formativo, nas pretensas propostas de educação multiprofissional e interprofissional (na medida em que se constitui a maturidade ética e profissional) em saúde mental.

Palavras-chave: Loucura. Interdisciplinaridade. Saúde mental. Relações interprofissionais.

1 INTRODUÇÃO

Por mais que a ciência possua diversos níveis de objetos documentos catalogados, instrumentos e técnicas descritas, métodos e questões interpretáveis, reside na análise e crítica de conceitos a dignidade científica (Canguilhem, 1991). De fato, abordar categorias na perspectiva de lançar um olhar propositalmente reflexivo, na busca de interfaces e pontos de aproximação ou mesmo, como se entrelaçam de modo a ser percebido o reflexo prático de tal entrelaçamento, traz robustez ao pensamento acadêmico.

Merece especial atenção a trama que envolve a interdisciplinaridade e a saúde mental, à guisa da compreensão dessa articulação nos entremeios históricos, conceituais e práticos. Portanto, o presente escrito objetiva desenvolver reflexão teórica acerca da interdisciplinaridade em saúde mental, de modo a refletir sobre a loucura e a saúde mental no panorama da reforma psiquiátrica brasileira; analisar interdisciplinaridade como pano de fundo das ações em saúde mental; e compreender como a interprofissionalidade se estrutura enquanto *práxis* interdisciplinar na saúde mental.

A loucura não tem dono, não há saber único que deva se sentir proprietário desta abordagem, tampouco tratamento, assistência, cuidado. A loucura é livre, assim como o louco, em sensações e essência - tal qual é a loucura, é a interdisciplinaridade. *O Alienista*, de Machado de Assis, publicado no Brasil de 1882, resumidamente, discorre sobre a inauguração de hospital psiquiátrico e tratou a loucura como fenômeno existencial para o qual todas as pessoas têm vulnerabilidades (Assis, 1882). Afinal, os que apontam para outros/as características e/ou julgamentos de insanidade, também são passíveis destes “desvios”. O velho jargão “de médico e louco, todo mundo tem um pouco”, aplicar-se-ia na trama da obra machadiana.

O tema, os saberes e as reflexões produzidas na obra *O Alienista* sinalizam a relação interdisciplinar da Saúde Mental (ou simples e simploriamente, da loucura/alienação e degeneração, termos cunhados pela psiquiatria tradicional e perpetuados pela ampliada) com a história, literatura, sociologia política, saúde, psiquiatria, dentre outros saberes (Assis, 1882; Caponi, 2012).

Ao tratar da articulação interdisciplinar da ciência, literatura e loucura, nessa obra de Machado de Assis, observam-se os requintes de sarcasmo, ao abordar o conhecimento científico pelo entrecruzamento entre a Física social de Comte e as contribuições advindas da Biologia e a da Fisiologia. O personagem Simão Bacamarte se intitula, enquanto cientista, como detentor do conhecimento superior, e, assim, fundamenta e justifica a superioridade diante de todos de Itaguaí. Em nome da ordem e do progresso, acreditava que a humanidade deveria se submeter à razão-inteligência das quais, enquanto cientista, era detentor (Assis, 1882).

Inclusive, colocou-se na posição de julgar os desvios de normalidades dos cidadãos, enclausurando-os no sanatório da cidade, por motivos e comportamentos – até então considerados banais e nem tanto desviantes do arquétipo racional pensado a um ser humano reflexivo e errante (Assis, 1882). De fato, a postura do personagem remete à formação do saber do século XIX que embasava o que se tinha enquanto assistência em saúde mental, ou mais verdadeiramente, internação/enclausuramento asilar dos alienados, loucos e degenerados. A influência desses construtos do saber psiquiátrico de longe davam conta das demandas das pessoas em sofrimento psíquico; a começar pela abordagem pela única categoria de profissionais especializados - os psiquiatras - do processo crescente de patologização dos comportamentos e sofrimentos psíquicos (Caponi, 2012).

Se Machado de Assis já dialogava com a questão da loucura em contexto mais amplo que esse, ousou-se refletir, mesmo na era das aberturas dos hospitais psiquiátricos e asilos do século XIX, os pródomos da interdisciplinaridade como cerne, a partir do qual se pode conjecturar, compreender e articular noções de loucura e ações interprofissionais em saúde mental.

2 MÉTODO

Trata-se de estudo de reflexão, fundamentado em bases teórico-conceitual e epistemológica que contemplam a história da loucura, a interdisciplinaridade e interface com a saúde mental, e a *práxis* resultante desta interface, compreendida na interprofissionalidade. Realizou-se revisão de literatura, por meio de livros e artigos que contemplassem as categorias/temáticas “saúde mental”, “interdisciplinaridade”, “reforma psiquiátrica brasileira” e/ou “história da loucura”.

A reflexão teórica emergiu da percepção das similitudes e aproximações entre conhecimentos construídos academicamente e da compreensão das contribuições da interdisciplinaridade para a saúde mental. As diversas leituras de autores clássicos, filósofos, romancistas, historiadores, pensadores, criadores de categorias e modelos que impactaram os estudos da mente humana e das formas de interrelacionar profissionais, respaldam o manuscrito. Empreende-se, assim, a defesa da escrita com profundidade clássica, em detrimento da superficialidade de ajuntamento de estudos recentes, como pano de fundo metodológico obrigatório para credibilizar determinada discussão. Os clássicos da literatura cinzenta e os artigos publicados em anos mais distantes consistem em material validado e, necessariamente, considerados nesse construto de reflexão (Tabela 1).

Tabela 1 - Obras examinadas em texto integral e incluídas na revisão, de acordo com as categorias analíticas

Categorias	Autores	Tipo da obra
Saúde mental	Amarante, 1994	Livro físico
Reforma Psiquiátrica	Caponi, 2012	Livro físico
História da loucura	Cunha, 2009	Artigo em meio eletrônico

	Foucault, 1978	Livro físico
	Foucault, 1983	Livro físico
	Freud, 1937-39	Livro físico
	Gomes, 2014	Livro físico
	Hirides, 2009	Artigo em meio eletrônico
	Lacan, 2010	Livro em meio eletrônico
	Silveira; Braga, 2005	Artigo em meio eletrônico
Interdisciplinaridade Interprofissionalidade	Coupe et. al., 2014	Artigo em meio eletrônico
	Foucault, 1989	Livro físico
	Lenoir, 2008	Livro físico
	Pombo, 2004	Livro físico
	Trindade, 2008;	Livro físico
	Vilela; Mendes, 2003	Artigo em meio eletrônico
	Yared, 2008	Livro físico
	Saraiva et. al., 2020	Artigo em meio eletrônico

Fonte: autoria própria.

O texto foi organizado em três temáticas: 1) A loucura e a saúde mental no Brasil no panorama reformista; 2) Interdisciplinaridade e saúde mental; 3) Interdisciplinaridade em saúde mental: *práxis* pautada na interprofissionalidade.

3 DISCUSSÃO

3.1 A LOUCURA E A SAÚDE MENTAL NO BRASIL NO PANORAMA REFORMISTA

Todos os temas *en passant* na humanidade - bem como o saber edificador dos significantes - foram respostas produzidas na ambiência de interesses sociais, políticos e econômicos de cada época. Também, a loucura, bem como as estruturas nas quais estava imersa (locais específicos para conter/esconder, mais do que acolher os loucos, a exemplo), precisaram se questionar, superar-se e se reinventar.

Ao analisar a história do conhecimento, percebe-se que as ideias e descobertas - ora inconcebíveis, ora transgressoras - foram geridas nas mentes de gênios, precoces ou prodígios (termos não sinônimos) considerados loucos. Grandes nomes, como Leonardo da Vinci, Gandhi, Heitor Villalobos, Stephen Hawking, Thomas Edison, Isaac Newton, William Shakespeare, Tim Berners-Lee e Nikola Tesla, são concebidos enquanto gênios da humanidade em áreas específicas, após serem suscitados como pessoas excêntricas, diferentes, com um quê de loucura (Cunha, 2009).

No passado, em particular na Idade Média, quando Copérnico ou Galilei apresentaram proposições ditas “evoluídas” para a época, facilitava taxá-los de excêntricos, afortunados de faculdades mentais ou loucos para explicar tamanha inconcebibilidade (Cunha, 2009). Uma das imagens mais expressivas e veiculadas até os dias de hoje - língua de fora e cabelos não muito assentados - é assim timbrada, vinculando Einstein à postura transgressora e divertidamente/emblematicamente louca.

Anterior ao racionalismo médico, à dissolução semântica do conceito de desrazão e à invenção da doença mental, o louco não era visto enquanto portador de doença, nem que a capacidade racional dele pudesse vislumbrar cura. A psiquiatria tradicional carrega consigo a gênese dessa possibilidade. Foi a Ciência Moderna que fincou as raízes da loucura, por torná-la um de seus objetos por meio dos médicos, no senso patológico, espreado até os dias de hoje (Caponi, 2012). Contudo, pensadores como Foucault, Freud e Lacan apresentaram propostas de relevo sobre a loucura.

A ideia freudiana de que nada é, senão, sonho (Lacan, 2010) e frases do tipo “o próprio Todo é Loucura” (Foucault, 1978, p. 38) e “[...] todo mundo é louco, ou seja, delirante” (Lacan, 2010, p. 31) respaldam a necessidade de retirar a loucura do escopo patológico, desnaturalizar a associação loucura-doença mental (em Foucault) e incorporá-la no espectro do ser falante (em Lacan). Os apontamentos foucaultianos sublinham a aproximação entre loucura e exclusão social, por meio da institucionalização do louco e do silenciamento das experiências dele. Os lacanianos refletem que a loucura é inerente ao ser que deseja.

Todavia, a compreensão de que a loucura é o todo não consiste em banalizá-la, mas em captar que, se todos são tomados por algo denominado “real”, também os entes precisam construir seu *modus vivendi* diante do sem-sentido, imposto pelo real, e apensar loucura inerente ao ser falante (Lacan, 2010). Freud e Lacan têm, atravessados nas obras deles, a discussão entre o limite do ser ou não ser louco, bem como as definições de neurose e psicose, as posições teórico-clínicas de loucura, realidade psíquica e diagnóstico (Lacan, 2010; Freud, 1937-1939).

A ideia incrustada nos discursos e nas práticas atuais de que a contravenção da razão é a desrazão, ou simploriamente, loucura/doença mental, nega a inclusão e a fala, ao mesmo tempo em que reverberam nos domínios do saber, dificultando práticas salutares em saúde mental e perpetuando ações inspiradas na psiquiatria tradicional. Ao considerar que o desafio mais premente da contemporaneidade reside, não no descobrir o que somos, mas no recusar que somos (Foucault, 1983), cabe aos diversos entes implicados nas questões da saúde mental sobrepor o estágio de enfadonha descoberta das raízes de suas ações, alcançando o patamar de superação delas.

A práxis mais evidente para essa proposta de superação, talvez, resida na Reforma Psiquiátrica, embrionária nos Estados Unidos pós-Guerra, e, na Itália, do icônico Franco Basaglia, ancorada na fixação de existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social (Silveira & Braga, 2005). No Brasil da década de 1980, o movimento basagliano influenciou as efervescentes discussões de transposição do modelo manicomial vigente, ocorridas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), nas 1ª, 2ª e 3ª Conferências Nacional de Saúde Mental (1987, 1992 e 2001, respectivamente). Marcos históricos, como a Declaração de Caracas e práticos, como a intervenção médico-legal na Casa de

Saúde Anchieta (Santos/SP) e a construção do Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira (conhecido como CAPS Itapeva em São Paulo capital) e o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul (Rio Grande do Sul) fizeram parte do cenário de relevância para transformações ocorridas na saúde mental brasileira (Amarante, 1994; Hirdes, 2009).

O panorama brasileiro, portanto, buscava na reforma a produção de vida, em detrimento da vida produtiva ou cura utópica da loucura enquanto solução uníssona nos cuidados às pessoas em sofrimento psíquico. Produção de vida negada desde as ações de retirada dos loucos do campo de visão e comodidade dos detentores do poder político e das riquezas, no Brasil que se desenvolvia economicamente sob as anáguas e perucas coloniais de uma Família Real fugida de Napoleão, em 1808 (Silveira & Braga, 2005; Hirdes, 2009; Gomes, 2014).

Com destaque para os anos de 1980, no Brasil, a constante luta por um modelo que rompesse com tais feitos coloniais e que considerasse o sujeito protagonista do próprio cuidado, desejante, com a loucura não reconhecida enquanto doença a ser extirpada/controlada/dopada, é intercalada por períodos de resistência e resiliência. A primeira, quando se depara com afrontes diretos contra tudo o que se foi historicamente conquistado; a segunda, após o reconhecimento, por vezes momentâneos, de direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, trabalhadores da saúde e familiares. Vale colocar que o desafio carregado no lombo da reforma não se restringe aos trabalhadores da saúde mental, mas aos atores sociais diversos e interprofissionais, de modo a elaborar estratégias de resistência à fixação de identidades e à serialização dos processos de subjetivação (Tasso & Navarro, 2012).

A Reforma Psiquiátrica, com ideais de cuidado multidisciplinar de base territorial, a partir de dispositivos institucionais não asilantes (CAPS), além dos não institucionais (lugares de vida das pessoas assistidas em saúde mental), aponta para a real apropriação da interdisciplinaridade como ato cotidiano e embaixador de práticas. Entende-se, também, que, por se tratar de eixos temáticos inter articulados, loucura, saúde mental e interprofissionalidade estão sob a custódia dos saberes interdisciplinares. Sem este entendimento, fragmenta-se a amplitude e totalidade de saberes e fazeres como potencialização do indivíduo na reinserção social deste, oportunização/espços de fala e expressão de desejos.

3.2 INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE MENTAL

A interdisciplinaridade carrega consigo o prefixo (inter) que denota movimento nas relações existentes e possíveis entre as disciplinas (Yared, 2008). Ela resgata a compreensão dos fatos que foi distanciada com as especialidades, além de estimular ver o outro enquanto colaborador (Antiseri apud Yared, 2008). Ao provocar a ciência, a interdisciplinaridade estimula o questionamento do que está

posto enquanto verdade e protesta quanto a saberes engessados pela ciência, compreendendo que esta é criada por homens que não se desvinculam de porções mítica, mística, artística, alquimista, religiosa e subjetiva (Yared & Trindade, 2008). Não se trata de negar a ciência e as contribuições desta, mas convidar à compreensão dos fenômenos por múltiplos olhares articulados em busca de respostas flexíveis e mutáveis, geradoras de outras perguntas para outras respostas; convoca cooperação, parcerias e trocas entre as pessoas; proporciona transformações (Trindade, 2008; Pombo, 2004).

Logo, urge considerar que a própria ciência, quando não consegue desvelar os maiores questionamentos da humanidade, mostra-se limitada, distante da vida e não resolutive de disparidades sociais graves, enfim, no apogeu de uma crise. O presente “mundo multirrisco” (Vilela & Mendes, 2003) é caracterizado por acentuada diferença de classes; fenômeno da globalização, com atual ênfase para cultural, tecnológica e comunicacional; proliferação cultural das potências mundiais e consequente erosão das especificidades de comunidades e países tradicionais menos desenvolvidos; conflitos civis internos e entre nações; e desafio relacionado ao pensamento fragmentado, difundido no espectro da racionalidade moderna.

Assim, similarmente, cita-se a reflexão de Japiassu (1976) sobre a interdisciplinaridade mais como um sintoma da patologia atual do saber do que como um real progresso do conhecimento. A “patologia” mencionada advém do exagero das especializações que produz inteligência esfacelada e conduz a um saber de migalhas. A integralidade seria o remédio a essa condição patológica, na tentativa da real integração entre as disciplinas de um projeto pedagógico.

É certo que o saber científico está a pautar os julgamentos, as reflexões, as inovações e as ressignificações a serem materializadas nas construções constantes dos novos conhecimentos. E, destes, as práticas de ensino, pesquisa e assistência, quer sejam no universo da educação, quer seja da saúde, passam a ser constituídas e projetadas até a vigência de outras reinventadas, conforme necessidade e viabilidade dos contextos e das conjecturas da estrutura social, mediada por interesses estabelecidos nas relações de poder (Foucault, 1989). Fazenda (apud Trindade, 2008) aponta que a interdisciplinaridade pode consistir em exercício de embate à crise científica (de teorias, de conceitos, de paradigmas dominantes/do dominador). Uma ciência povoada de dúvidas e incertezas, que segrega a cadeia vital, dá margem para criatividade, característica que a interdisciplinaridade apresenta intrinsecamente (Trindade, 2008).

Por defender um tipo de homem mais aberto e flexível, solidário e democrático - que, ao conhecer mais de si, ambientado na teia inseparável da vida, compreende mais o outro - a interdisciplinaridade comporta categorias, como interação, cooperação, colaboração, integração, interdependência, atitude, aprendizagem, compartilhamento, humildade, curiosidade, escuta

interessada, ação recíproca e protagonismo. Categorias como alienação do trabalho, especialização, cristalização do conhecimento, segregação, fragmentação, impessoalidade, pensamento linear e perspectiva disciplinar isolada não concatenam com os princípios da interdisciplinaridade (Yared, 2008; Trindade, 2008; Lenoir, 2008; Pombo, 2004).

No campo da Saúde Mental, os atributos interdisciplinares se mostram úteis e valem esforços para implementação destes. Todavia, percebe-se duplo caminho, tanto de contribuições da interdisciplinaridade para a Saúde mental, quanto da militância da Reforma Psiquiátrica para o fortalecimento da prática interdisciplinar. Está maturado que a assistência em saúde mental não é exequível com uma única área atuando, ou um saber, ou um profissional ou uma disciplina, tampouco uma formação fragmentada.

Ambas, saúde mental e interdisciplinaridade, têm a gênese em saber limitado e/ou atuação limitante. De um lado, a interdisciplinaridade enquanto alternativa à fragmentação e especializações; do outro, a saúde mental, que se emoldura na tela da Reforma contraposta às práticas tradicionais, padronizadas e especializadas da psiquiatria (especialidade médica) tradicional. No horizonte bem próximo, as linhas não retas das duas áreas de saber/estudo/atuação se encontram, mais em movimento elíptico infinito de encontros e reencontros, do que de paralelas.

O citado mundo multirrisco exige dinâmicas de trabalho diferenciadas; gera novos processos de adoecimento/sofrimento psíquico; agrava velhos problemas em saúde mental; requer traquejo no manuseio dessas questões complexas; e carecem de ações nitidamente interrelacionadas, não engessadas e criativas. Tema de necessidade emergente para a Reforma Sanitária, psiquiátrica e consolidação do SUS, a interdisciplinaridade precisa ser discutida nos mais diversos aspectos, inclusive no âmbito profissional.

3.3 INTERDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE MENTAL: *PRÁXIS* PAUTADA NA INTERPROFISSIONALIDADE

A busca da especialidade, pelo profissional, enfoca a prevenção, promoção, cura e reabilitação, com cuidados focados na competência cognitiva, ética e técnica, especificamente das áreas de conhecimento. Porém, esses saberes precisam interconectar, para que os resultados sejam efetivamente avaliados e replanejados, conforme novas necessidades e perspectivas, sendo essa uma das finalidades e necessidades contemporâneas, da ciência pretendida para o campo interdisciplinar (Lenoir, 2008).

A interdisciplinaridade pode ser operacionalizada a partir de quatro campos de finalidade: a científica, a escolar (curricular, didática e pedagógica), a profissional e a prática (Lenoir, 2008). Cada

uma possui relevância e papel social, não consistindo em sinônimos, mas em hastes de um mesmo eixo ou linhas de uma mesma teia.

Corroborar-se Suape et al. (2005), quando colocam que a interdisciplinaridade profissional é a relação articulada entre as diferentes profissões da saúde, com os diversos coletivos de pensamento, baseados em uma formação específica e diferenciada com marco conceitual identificado. Para que seja bem compreendida, a interdisciplinaridade com finalidade profissional necessita de bases teóricas que minimizem a confusão polissêmica dos conceitos de multi, pluri, trans e interdisciplinaridade e que estes sejam refletidos na prática profissional em saúde. Prática, atualmente permeada por desafios de ordem social, epidemiológica, ambiental, laboral, epistemológica, econômica, política, produtiva e cultural. Os territórios são tão dinâmicos quanto devem ser as atuações profissionais; o processo saúde-doença tão mutável quanto a velocidade da evolução tecnológica; em uma era na qual se discute o descontrole dos agravos crônicos e da violência, o mundo contemporâneo se depara com afecção que relembrou a época das pandemias feudais/medievais.

É preciso debater sobre essas questões e as possibilidades de tempo/condições/estímulo para ser criativos, respeitosos, comunicativos, tolerantes, humildes, empáticos, ouvintes, transformadores, éticos, comprometidos e demais atitudes que são apresentadas enquanto profissionais interdisciplinares. Atuar de modo interdisciplinar na organização do trabalho em saúde mental trata-se de algo desafiador para o profissional, mas que, quando exequível, demonstra resultados exitosos nos serviços e territórios.

Alguns países desenvolvidos e em desenvolvimento dialogam com o Cuidado Colaborativo (CC) enquanto proposta interprofissional de integração entre Atenção Primária e saúde mental. As estratégias de CC demonstram eficácia e efeitos positivos no manejo de transtornos mais frequentes como depressão e ansiedade, melhoria na detecção e tratamento, bem como nos desfechos clínicos de pacientes (Saraiva, Zepeda & Liria, 2020).

Ao ponderar modelo estruturado, proativo e baseado em evidências, o CC envolve coadjuvação de um médico de atenção primária e um gerente de caso/cuidado (por exemplo, enfermeira psiquiátrica e/ou especialista em saúde mental) no acompanhamento sistemático do paciente, com plano de gerenciamento estruturado por manuais para intervenção psicológica, protocolos para gerenciamento de medicamentos e comunicação aprimorada entre profissionais de saúde (por meio de registros compartilhados, reuniões de equipe e supervisão) (Wong et al., 2017; Pagianoti et al., 2016).

Em casos de depressão, o cuidado colaborativo foi praticado em reuniões presenciais iniciais para estabelecer os relacionamentos interprofissionais, seguidas de supervisão semanal por telefone,

previamente estruturadas e agendadas; e uso de Sistema de Informação de Gerenciamento de Caso de Paciente (PC-MIS) (Coupe et al., 2014).

Em Porto Rico, o cuidado colaborativo foi definido como intervenção abrangente composta, no mínimo, por dois (dos três) tipos de profissionais no ambiente de atenção primária (gerente de cuidados, médico de atenção primária e especialista em saúde mental). Envolveu intervenção multicomponente, incluindo a supervisão do programa e o trabalho em equipe. Também, no formato de sessões semanais agendadas, o CC em Porto Rico ocorreu, inicialmente, com o atendimento por psiquiatra consultor; este recomendava medicação e dosagem iniciais, bem como mudanças na medicação ou no tratamento medicamentoso combinado, se o paciente apresentasse resposta limitada. Na sequência, o gerente de atendimento fornecia acompanhamento para os casos em andamento, com base no rastreamento da gravidade da depressão, realizado durante os encontros com os pacientes. Ele ainda portava a função de encaminhar as recomendações do psiquiatra para consideração do médico do paciente (Vera et al., 2010).

A figura do gerente de caso é considerada relevante na manutenção do contato regular com a pessoa cuidada e organização do atendimento, juntamente com o médico e o especialista, além de oferecer ajuda com a medicação ou acesso a 'terapia da fala' para ajudar o paciente. Os gerentes de caso trabalham em estreita colaboração com o provedor de cuidados primários (que mantém a responsabilidade clínica geral) e podem receber supervisão regular de um especialista em saúde mental (Archer et al., 2012).

O cuidado colaborativo consiste em intervenção complexa, com necessário aprimoramento da comunicação interprofissional, introdução de mecanismos para facilitar esse diálogo entre os que cuidam do paciente, por meio de reuniões de equipe, conferências de casos, consulta / supervisão individual, registros médicos compartilhados e *feedback* escrito ou verbal específico do paciente entre os cuidadores (Archer et al., 2012).

Para tanto, o treinamento dos envolvidos é considerado fundamental no processo de construção do modelo (Coupe et al., 2014), uma vez que os profissionais que não possuem capacitação para esse formato de cuidado não se sentem aptos e confortáveis a desenvolvê-lo (Overbeck et al., 2016).

O CC em saúde mental apresenta-se semelhante ao apoio matricial à Atenção Primária em Saúde (APS), preconizado no Brasil. Há quem denomine o apoio matricial como o cuidado colaborativo brasileiro. Além de prospecto para democratizar a organização dos serviços de saúde mental, o apoio matricial consiste em modelo que operacionaliza a integração de profissionais e equipes de saúde para fins de suporte assistencial de retaguarda, de regulação das diretrizes e definições

de atendimento, de cogestão compartilhada e educacional entre os profissionais da APS e especialistas (Saraiva, Zepeda & Liria, 2020).

As pactuações interprofissionais propostas pelo apoio matricial estimulam os diálogos sobre casos, formação e consolidação de grupos terapêuticos, reuniões regulares sobre fluxos de trabalho, ativação intersetorial, gestão de lista de espera, acompanhamento de casos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), interconsulta presencial ou via remota, suporte em situações de urgência, capacitação dos trabalhadores, construção de projetos terapêuticos singulares e definições de papéis na RAPS, com plena participação do usuário e endosso do controle social (Saraiva, Zepeda & Liria, 2020; Brasil, 2004).

Enquanto estratégia do HumanizaSUS, o apoio matricial se organiza com base no território, a partir da unidade de saúde, da realidade local e dos recursos disponíveis. A unidade precisa ser composta por equipe multiprofissional de caráter transdisciplinar (como no caso das equipes de Saúde da Família). Enquanto o CC possui o gerente de caso, o apoio matricial recomenda a existência de equipe de referência territorial, ou seja, em unidades de referência no cuidado em saúde mental (hospitais, ambulatorios, CAPS, centros de reabilitação), os casos são de gerência da equipe do território (por exemplo, da Atenção Primária em Saúde). A equipe de referência fica na incumbência da atenção integral do indivíduo e da respectiva família, com suporte de equipe de especialistas e, ao invés de tornar rotina o encaminhamento para serviços mais complexos, deve solicitar apoio para a cogestão desses casos (Brasil, 2004).

No arranjo proposto pelo matriciamento, os serviços especializados ficam responsáveis tanto pelos usuários quanto pelo serviço de base territorial de vínculo desse usuário. As equipes de referência podem contar com especialistas e profissionais que estão mais próximos aos usuários na criação de vínculos terapêuticos (Brasil, 2004).

Apesar das aproximações entre as perspectivas interprofissionais expostas, o apoio matricial reverbera maior pluralidade de práticas, diálogo com o território, protagonismo do usuário e família, liberdade de trânsito das ideias, partilhas lúdicas, encontros de suporte e discussões, envolvimento comunitário e da rede de trabalhadores e abrangência de perspectiva terapêutica. Propõe romper com a institucionalização do sujeito em sofrimento psíquico, sem deixá-lo desamparado pelos serviços. Ele deve estar e viver no território, ser cuidado nele, com respaldo de uma rede interprofissional que se debruça sobre o caso.

Percebe-se o cuidado colaborativo enquanto restritivo, que poderia abranger - para além de três tipos de profissionais de saúde e protocolos preestabelecidos - formas de cuidado que valorizem a fala/escuta, os sujeitos e as interfaces da loucura de cada um, até dos ditos “normais”. O CC, ainda,

parece se restringir aos casos de depressão e ansiedade e encontra-se mais praticado nos países europeus. A ideia de cuidado sistematizado com a figura do articulador (gerente de caso) e diversos profissionais pode se aparentar atrativa; todavia, a maioria desses profissionais são médicos e outras categorias, como enfermeiros, terapeutas, psicanalistas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, educadores físicos, não são incorporadas ao modelo, no geral.

4 CONCLUSÕES

No esforço de pesquisa sobre as construções arqueológicas da loucura, saúde mental e interprofissionalidade, aponta-se para o rompimento da corrente que liga o sofrimento humano à medicalização e psiquiatria e propõe-se a colocar nas mãos de muitos a empreitada da continuidade da reforma e da compreensão/incorporação de práticas interprofissionais no cuidado em saúde mental.

O enlace entre loucura e erro não é exclusivo do saber psiquiátrico, bem como no fato de que a conotação moral acerca da razão e da desrazão não se localiza unicamente, por exemplo, em discursos jurídicos, médicos, científicos ou filosóficos, presentificando-se, inclusive, na literatura mais clássica.

O caráter criativo e multicêntrico da interdisciplinaridade suscita usufruí-la como princípio formativo, nas pretensas propostas de educação multiprofissional e interprofissional (à medida que se constitui a maturidade ética e profissional) em saúde mental. Como proposições às práticas interprofissionais em saúde mental, é existencial a integração e articulação simbiótica de saberes específicos, contextuais e abrangentes, em articulação às necessidades de seus/suas usuários/as. Tal qual se unem as ciências em prol da evidência e *práxis* em busca de resultados exitosos, os saberes elementares das profissões têm potencial para serem materializados e reverberados na vida das pessoas. Aqui, entende-se não somente a pessoa com sabores/sofrimentos psíquicos, m. Mas também a família e comunidade na qual se insere (ou a qual se tornou marginalizado pelas abordagens tradicionais de cuidado).

A perspectiva de apoio matricial pode consistir na materialização dessa interprofissionalidade em saúde mental e o CC, a menos que seja realizado com as características interdisciplinares às quais se propõe, por se considerar interprofissional, não passaria de mais um modelo fragmentado de cuidado em saúde mental e, quando tomado enquanto estruturado, aponta, de fato, para ações sequenciais e sobrepostas dos envolvidos, margeando o ente cuidado, a fala, os desejos, a família e o *modus vivendi*.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- ASSIS, M. *O Alienista*. 3. ed. São Paulo: FTD, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.
- CANGUILHEM, G. *L'objet de l'histoire des sciences*. In: *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: Vrin, 1983.
- CAPONI, S. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- COUPE, N. et al. Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care; a qualitative study utilising normalisation process theory. *BMC Family Practice*, Londres, v. 15, n. 78, Maio. 2014. Disponível em: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-78>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- CUNHA, J. L. S. Reflexão teórica acerca da loucura ao longo da história e a assistência de Enfermagem. *Temas em Saúde*, João Pessoa, 2019, p. 338-347. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/06/fesvip201921.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.
- FAZENDA, I. (Org.). *O que é interdisciplinaridade?* São Paulo: Cortez, 2008.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FOUCAULT, M. The subject and power. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault: beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: The University of Chicago Press, 1983, p.208-226.
- FREUD, S. *Moisés e o Monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos* Rio de Janeiro: Imago, 1937-1939.
- GOMES, L. 1808 - Como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a História de Portugal e do Brasil. São Paulo: Globo Livros, 2014.
- HIREDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Fev. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxK9HXvFL39Nf/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2021.
- JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LACAN, J. Transferência para Saint Denis? Lacan a favor de Vincennes!, Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, Perdizes, v. 65, n. 31, 2010. Disponível em: https://www.ebp.org.br/correio_express/2020/08/17/comite-de-acao-da-escola-una-amp-sonhar-em-tempos-obscuros/. Acesso em: 02 fev. 2021.

LENOIR, Y. Didática e interdisciplinaridade: uma complexidade necessária e incontestável. In: FAZENDA, I. (Org.). Didática e interdisciplinaridade. 13 ed. Campinas, SP: Papirus, (Coleção Práxis). 2008, p. 45-75.

MELO, K. M. T.; PONTES, V. M. A.; SOUZA, F. C. S. Estudos de gênero e interdisciplinaridade no ensino. Revista de Educação e Linguagem, Campo Mourão, v. 4, n. 2, Dez. 2017, p. 1-13. Disponível em: https://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2018/03/1_EDUC_20172.pdf. Acesso em: 04 fev. 2021.

OVERBECK, G. et al. Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review. Implementation Science, Estados Unidos, v. 11, n. 165, Dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0519-y>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0519-y>. Acesso em: 04 fev. 2021.

POMBO, O. Prefácio. In: Fazenda, I. (Org.). O que é interdisciplinaridade? Interdisciplinaridade: ambições e limites. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2004, p. 12-27.

SARAIVA, S. A. L.; ZEPEDA, J.; LIRIA, A. F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 25, v. 2, Fev. 2020, p. 553-565. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.10092018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JgQqJ9gCWXGRNcyTf3pT7NG/?lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2021.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 591-595, Ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6FzrspFvBfxKhdztrqtLZk/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019>. Acesso em: 04 fev. 2021.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface, Botucatu, v. 9, n. 18, Dez. 2005, p. 521-536. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000300005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/thWD4zMXFXfgS6W95shTT8p/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2021.

TASSO, I.; NAVARRO, P. (Orgs.). Produção de identidades e processos de subjetivação em práticas discursivas. Maringá: Eduem, 2012.

THIESEN, J. S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, Dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782008000300010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/swDenzst9SVpJvpX6tGYmFr/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2021.

TRINDADE, D. F. Interdisciplinaridade: um novo olhar sobre as ciências. In: FAZENDA, I. (Org.). O que é interdisciplinaridade? São Paulo: Cortez, 2008, p. 65-83.

VERA, M. et al. Collaborative care for depressed patients with chronic medical conditions: a randomized trial in Puerto Rico. *Psychiatric Services*, Washington, v. 1, n. 2, Fev. 2010, p. 144-150. DOI: <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.2.144>. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2010.61.2.144>. Acesso em: 12 fev. 2021.

VILELA, E. M. V.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, Ago. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DpsYjRRZdHvgfjrWYXj9bxQ/?lang=pt>.

YARED, I. O que é Interdisciplinaridade? In: FAZENDA, I. (Org.). *O que é interdisciplinaridade?* São Paulo: Cortez, 2008.