



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Parente de Menezes, Mardônio; Yasui, Silvio

A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber?

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 6, junio, 2013, pp. 1817-1826

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027450029>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber?

Interdisciplinarity and psychiatry: is it time not to know?

Mardônio Parente de Menezes¹
Silvio Yasui¹

Abstract This article deals with interdisciplinarity as well as psychiatric and psychosocial care. Throughout the text, a historical account of the constitution and the crisis of scientific knowledge is presented and organized into disciplines. The theoretical difficulty of conceptualizing interdisciplinarity is analyzed and, in the concluding remarks, psychiatry and its relationship to psychosocial care is discussed. The argument is that, because of its history, psychiatry has singularities that differentiate it from other medical specialties and these singularities could initially cause psychiatry to go in the opposite direction in relation to interdisciplinarity. The conclusion is that because of their inherent characteristics psychosocial care services are privileged places for psychiatric training with interdisciplinary characteristics.

Key words Interdisciplinarity, Psychiatry, Psychosocial Care, Professional training

Resumo O presente artigo trata da interdisciplinaridade, da psiquiatria e da atenção psicosocial. Ao longo do texto, faz-se um relato histórico a respeito da constituição e da crise do saber científico organizado em disciplinas, analisa-se a dificuldade teórica de se conceituar a interdisciplinaridade e, ao final, aborda-se a psiquiatria e sua relação com a interdisciplinaridade na realidade da atenção psicosocial. Os autores defendem que a psiquiatria, por sua história, guarda singularidades que a diferenciam de outras especialidades médicas e que – a um primeiro momento – poderiam fazê-la ir em direção contrária à interdisciplinaridade. Os autores concluem que os serviços de atenção psicosocial, pelas características que lhes são inerentes, são lugares privilegiados para a formação psiquiátrica com características interdisciplinares.

Palavras-chave Interdisciplinaridade, Psiquiatria, Atenção psicosocial, Formação profissional

¹ Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Rua Quirino de Andrade 215,. 01049-010 São Paulo SP. mardonioparente@gmail.com

Introdução

A respeito da interdisciplinaridade, percebe-se facilmente que a integração entre as diversas disciplinas – da multi à transdisciplinaridade – transformou-se em tema de interesse comum para aqueles que desejam pensar a produção do conhecimento, sobretudo a partir da década de setenta do século XX. Estão aí produções acadêmicas, projetos diversos e uma variedade grande de relatos de experiências – ocorridas em instituições de diversas naturezas – que proclaimam para si um caráter interdisciplinar.

Considerando o que está posto poder-se-ia chegar a duas conclusões que, por iniciais, chamaremos de impressões.

A primeira delas seria a de que o saber embasado na disciplina, assim como ele se constituiu, está em deflagrada crise. A segunda impressão seria a de que a respeito do conceito de interdisciplinaridade reinaria uma espécie de paz, um consenso qualquer a partir do qual seria legítimo se falar teoricamente do tema.

Dizer simplesmente que tais impressões estariam erradas ou certas seria diminuir a complexidade do tema e dar um caráter valorativo a nossa análise. Ao longo deste artigo, tentaremos comentar tais impressões para, ao final, fazermos uma análise da psiquiatria na atenção psicossocial e sua relação com a interdisciplinaridade. A escolha desse recorte se justifica pela singularidade do lugar ocupado pela psiquiatria em serviços de atenção psicossocial, singularidade que será esclarecida ao longo deste trabalho.

Constituição e crise do saber disciplinar

Embora a análise de como se constituiu historicamente o saber não seja matéria específica deste trabalho, entende-se a necessidade de se abordar tal assunto, apesar da abundância de autores que o fizeram. Para isso, vide: Santos^{1,3}, Luz⁴, Japiassu⁵, Fleck⁶ etc.

A ideia de um conhecimento unitário não é nova. O homem pré-histórico com seus mitos, os gregos clássicos com seu cosmos e o homem medieval com sua ideia de Deus como fundamentos do saber confirmam tal afirmação⁵.

Com a chegada da Idade Moderna, começaram a surgir críticas à forma como o homem se apropriava do conhecimento⁷. A crise do antigo projeto unitário do conhecimento inicia-se com o empirismo baconiano e com o racionalismo de Descartes⁸. Ambos colocavam o homem no centro do ato de se conhecer o real e ambos reconhe-

ciam no sujeito do conhecimento uma questão a ser contornada através de procedimentos metodológicos apurados, visando – sobretudo – a separação entre sujeito e objeto do conhecimento.

O mundo passou a ser dividido em facetas e níveis de organização, assim como foi submetido a instrumentos específicos para ser melhor conhecido. Nasce aí, a disciplinarização do saber, que alcançou enormes proporções no século XIX.

A aceitação desse processo de abstração e reducionismo representou uma inovação em relação às formas antigas de pensamento, favoreceu uma forma de conhecimento propícia à intervenção do homem sobre o mundo, assim como foi responsável pela evolução do pensamento científico⁹.

A constituição disciplinar do saber permitiu um avanço inquestionável no conhecimento do homem a respeito da realidade. Contudo, no decorrer da história, perdeu-se a noção do caráter artificial dessa divisão, de forma que, de instrumento metodológico, ela se transformou em participação de territórios cada vez mais exclusivos e desvinculados da totalidade originária do mundo⁹.

Para Gomes e Deslandes¹⁰, “[...] a ciência moderna, ao recortar o mundo das vivências (natureza) e o do vivido (humano) em inúmeros objetos, sob administração das diversas disciplinas, produz um conhecimento esquizofrênico”. O cientista passa a ser aquele superespecialista, que sabe quase tudo de uma parcela extremamente pequena do mundo¹¹.

Com a revolução industrial e com as novas demandas econômicas daí advindas, a ciência passou a se vincular à técnica e diversas descobertas científicas se deram no sentido de resolver problemas oriundos da industrialização crescente. A tecnologia, como conhecimento aplicado, passou a prescrever a forma de se fazer ciência, delegando a um segundo plano toda espécie de conhecimento não imediatamente utilizável, levando a uma supervalorização das especialidades e a uma espécie de hierarquização de saberes⁸.

O processo de especialização se constituiu de tal forma, que cada vez mais marcadamente se definiram os limites entre as disciplinas. Os limites disciplinares vão ser encarados a partir de uma lógica de fronteiras e, como tais, haverá movimentos cada vez mais intensos de defesa e expansão desses limites. A interdisciplinaridade sem que negue a especialização, propõe outra forma de se lidar com tais limites, pois nos desafia a percebê-los como limitações.

Limites-fronteira de um lado e limites-limitação de outro. Os primeiros mobilizam movimentos de isolamento, defesa e expansão, os se-

gundos mobilizam a aproximação e o diálogo, além da percepção de insuficiência e de não saber.

Mesmo em disciplinas tão tradicionais quanto a física, o paradigma da separação, a partir de determinado momento histórico, entra em xeque. O século XX contribuiu imensamente para a percepção da necessidade de se reformularem as bases sobre as quais se construiu a ciência e foi durante sua primeira metade que diversos cientistas, a maioria vinda de áreas para as quais o método científico parecia se adequar perfeitamente (física, química, matemática etc.), passaram a questionar os alicerces mesmos da ciência. Para Kuhn¹², iniciava-se a crise moderna do paradigma científico.

Para esse autor, os paradigmas científicos são modelos, seguidos pela comunidade científica, que levam, entre outras coisas, a um direcionamento das pesquisas. É o paradigma científico que irá determinar o que se deve pesquisar, que perguntas devem ser respondidas e quais métodos serão aceitos. Portanto, as questões que se mantêm teórica ou metodologicamente fora do paradigma dominante caem em um lugar de irrelevância. É a partir do surgimento de novas questões, novas descobertas e novos contextos que brechas de insuficiência se abrem no paradigma científico dominante, podendo levar, se inconciliáveis, ao que se chama de crise paradigmática. Tal crise perduraria até que um novo paradigma viesse a se instituir, de forma a responder às novas demandas surgidas no campo científico.

No caso da saúde, para quem os cânones científicos tradicionais foram sempre problemáticos, a lógica divisionista parece amplamente inadequada. Como separar o homem-pesquisador do homem-objeto de estudo? No caso do adoecimento, como fazer a divisão a todo custo entre o órgão adoecido e a cultura do doente que carrega esse órgão na intimidade de seu corpo? Como, enfim, separar a mente do corpo? A esse respeito, falemos do nascimento da psiquiatria.

No final do século XVI, a Europa passava por séria crise econômica e acelerado processo de urbanização. Tal situação provocou um aumento desordenado das cidades e teve como consequência a formação de grandes massas populacionais, vindas do campo, que não se incluíam no novo sistema de produção.

Em resposta a essa situação, em 1670, na França, publica-se um edicto que fundava casas de internação com o objetivo de abrigar a população marginalizada das cidades. Tal edicto inaugura a Grande Internação, movimento que se deu para-

lavelmente nos principais países europeus¹³. As casas de internação acolhiam mendigos, hansenicos, sifilíticos, loucos, prostitutas e marginais de toda ordem. A partir daí, a loucura, ainda sem o caráter de doença, passa a ser sistematicamente aprisionada.

Na segunda metade do século XVIII, a França vivia uma situação econômica e social insustentável. Impostos altíssimos – pagos pela burguesia e pelos *sans-cullotes* – sustentavam os privilégios da nobreza, do clero e arcavam com a corrupção e as altas despesas do estado. O sistema mercantilista sofria críticas e os seguidores do Iluminismo, apoiados pela experiência da Revolução Industrial inglesa, defendiam uma mudança do sistema rumo ao liberalismo econômico¹⁴.

É nesse contexto que viveu Philipe Pinel, fundador da psiquiatria e estudioso das ideias de Locke. Pinel, influenciado pelos lemas da Revolução Francesa, propõe reformas importantes na assistência à loucura. Nos hospitais de Bicêtre e La Salpêtrière, Pinel institui mudanças, condena a forma como a loucura era tratada e defende o uso do tratamento moral¹⁵.

Pinel via no hospital, agora com um caráter médico, um lugar privilegiado para a observação, a descrição e a intervenção sobre a alienação mental. Pinel partia do princípio de que o isolamento e o controle rígido do ambiente tinham uma função terapêutica fundamental para a doença mental. Características do saber disciplinar, a divisão, a separação e o isolamento vão fazer parte da psiquiatria desde seu início.

Em uma época em que a cirurgia não fazia parte da medicina, a psiquiatria se constitui como a primeira especialidade médica, inaugurando muito precocemente, na medicina, o processo de disciplinarização que se aprofundaria no século XIX.

Como dito anteriormente, o paradigma da separação é amplamente inadequado para uma parcela grande de áreas do conhecimento: desde a física das pequenas partículas à psicologia. A epistemologia, no bojo da crise contemporânea dos metarrelatos¹⁶, precisou abdicar de seu lugar tradicional de guardiã da boa ciência para dar visibilidade a novas formas de produção de conhecimento que não passassem necessariamente por procedimentos metodológicos consagrados, tais como observação, formulação de hipóteses, experimentação, randomização etc.

O método científico tradicional passou a ser visto – em algumas situações – como uma espécie de limitação a ser superada, a fim de que o conhecimento pudesse progredir. A interdisciplinaridade aparece como consequência dessa constatação.

A interdisciplinaridade e seus aspectos conceituais

Interdisciplinaridade é, certamente, um termo polissêmico, o que dificulta sua abordagem teórica. No presente texto, exporemos, sem a pretensão de esgotar o assunto, algumas ideias de diferentes autores sobre o tema.

A interdisciplinaridade, embora de aparecimento anterior, surge como um tema de interesse acadêmico a partir da década de setenta, tendo como marco o Seminário Internacional do Centro de Pesquisa e Inovação do Ensino sobre Pluridisciplinaridade e Interdisciplinaridade, ocorrido em 1970, na França¹⁷. Entre outros temas, tal evento trazia a discussão sobre os riscos que uma especialização crescente representava para o ensino, para a pesquisa e para o conhecimento como um todo.

Tal disciplinarização acabou por entravar possíveis formas de integração entre os diferentes campos disciplinares. Para Minayo¹⁸, a interdisciplinaridade emerge como forma de resgatar a totalidade do conhecimento, aparece como crítica à sua fragmentação, surge em oposição à supervalorização *per si* do saber técnico, assim como se coloca em contraposição ao aprisionamento e à institucionalização do saber nas academias. A esse respeito, Japiassu⁵ afirma que a interdisciplinaridade pode ser vista como uma necessidade da própria ciência em resgatar tanto a unidade de seu objeto como seus vínculos de significação humana. Para o autor, a interdisciplinaridade pode ser tomada tanto como prática individual – construída a partir da curiosidade, abertura ao novo, senso de aventura e descoberta – quanto como prática coletiva – baseada na abertura ao diálogo dentro do trabalho de equipe⁵.

É importante que aqui se frise que o termo interdisciplinaridade tanto pode se referir genericamente ao processo de interação entre campos diferentes do saber, quanto poderá dizer, mais restritamente, sobre determinada forma específica de como ocorre tal interação, havendo certa ideia de graduação, que iria da multi à transdisciplinaridade, passando pela interdisciplinaridade (vista aqui como o grau médio de integração disciplinar). Para efeitos deste trabalho, referiremo-nos à interdisciplinaridade, em sua primeira acepção acima, em sua forma processual, em seu sentido de aproximação e diálogo entre campos disciplinares diversos, levando a uma espécie de interdependência

entre as disciplinas e tendo como consequência a transformação mútua desses campos.

A interdisciplinaridade comporta um grande desafio para profissionais de qualquer área, já que a vivência interdisciplinar, a abertura ao diálogo e a busca da superação de insuficiências não poderá ocorrer sem a necessária percepção do não saber.

Eminentemente formados a partir de um saber disciplinar, cujo ensino tem se baseado fortemente na delimitação dos campos e na construção e abordagem parciais de seus objetos, os profissionais têm – no geral – muito pouca noção de suas insuficiências e de seus não saberes.

Tomemos o exemplo da psiquiatria atual, que descreve a psicose, quase que exclusivamente, a partir do que nela se pode observar e a partir daquilo sobre o que farmacologicamente se pode intervir. A psicose para a psiquiatria é um conjunto sintomatológico que envolve, basicamente, delírios, alucinações e desorganização de discurso, situações para as quais a medicação oferece uma “solução”. Vendo a psicose a partir de um mero recorte, o psiquiatra aprenderá em sua formação que está apto a dar conta completamente desse fenômeno, já que os sintomas podem ceder com o uso da medicação. A psiquiatria jamais descreveria o psicótico como o sujeito da forclusão (um conceito psicanalítico de suma importância para o entendimento desse fenômeno), visto que a intervenção psiquiátrica em nada a isso se relacionaria. Desta forma, a ideia de autossuficiência embasa a formação profissional e dificulta a construção de práticas interdisciplinares. Um redirecionamento da formação é necessário para que a noção de insuficiência e de falta dela façam parte. A consciência do não saber e a noção da limitação (e não das fronteiras) poderão ser forças fundamentais para a construção da interdisciplinaridade.

A psiquiatria, primeira especialidade desmembrada da medicina, nasceu dentro do hospital e em torno da ideia de isolamento do sujeito que adoece. O enclausuramento do portador de adoecimento mental correu pareado ao isolamento da psiquiatria e do psiquiatra em relação às demais disciplinas da área da saúde.

Tentaremos, no próximo tópico, contextualizar a saúde e a atenção psicossocial como lugares privilegiados para trocas disciplinares, assim como tentaremos entender o lugar ocupado pela psiquiatria nesse processo de aproximação disciplinar.

A interdisciplinaridade, a psiquiatria e a atenção psicossocial

O termo “saúde” deriva de *salus* que, no latim, designa a qualidade daquele que está íntegro, intocado, inteiro¹⁹. *Salus*, por sua vez, provém de *holos*, termo grego, com acepção de totalidade. Daí, adviria “holismo”¹⁹. “Saúde” traz, já em seu berço etimológico, o total, o holístico e a integralidade.

A integralidade no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) é entendida como garantia de acesso a todos os níveis do sistema, para que o usuário tenha atendida sua demanda, sem que se desarticulem as dimensões da promoção e da assistência em saúde. Contudo, há mais coisas em torno da integralidade e que dizem respeito a um modo de se fazerem práticas e de se construírem políticas de saúde, tais como: acolher sofrimentos, entender singularidades e culturas, estabelecer escutas interessadas, relações dialógicas, etc.

A integralidade, um dos princípios do SUS, embora polissêmica e de conceituação difícil, tem – para alguns pesquisadores – uma importância capital frente a outros princípios, visto que sem a integralidade, a universalidade e a equidade poderiam se tornar vazios²⁰. Para Mattos²¹, a integralidade implica uma abertura ao diálogo, uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos.

Portanto, a ideia de separação, constituinte do saber científico, é um obstáculo à efetivação da integralidade na saúde. A interdisciplinaridade pode ser encarada, portanto, como uma necessidade intrínseca ao campo da saúde, frente à complexidade de seu objeto. Apesar disso, o campo da saúde em geral tem sido fortemente influenciado pela ideia separatista da ciência e a resposta que historicamente se tem oferecido às questões da saúde se alicerça em um paradigma monodisciplinar, que privilegia a ótica médico-centrada e biologicista¹⁰.

A década de sessenta do século XX (com a medicina comunitária americana e com as experiências multidisciplinares em saúde mental ocorridas na Europa) representou um avanço no que toca a aproximação entre disciplinas humanas, sociais e biomédicas. Nos anos setenta, os movimentos sociais vão contribuir imensamente para a construção de um conceito ampliado de saúde, que se fortaleceu principalmente a partir da década de oitenta¹⁰.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde tem reforçado e aprofundado em suas portarias, diretrizes e princípios, esse conceito ampliado de saúde e, em decorrência desse fato, tem havido uma

inquestionável aproximação entre as ciências sociais, as ciências humanas e os saberes biomédicos. Tal aproximação fica clara se considerarmos o número de serviços de saúde, criados a partir de portarias do SUS, que congregam múltiplos profissionais, de áreas diversas.

Contudo, para Gomes e Deslandes¹⁰, ainda são muitas as dificuldades para um fazer realmente interdisciplinar no campo da saúde. Para os autores, as principais dificuldades se dariam em quatro frentes: a forte tradição positivista e biocentrada do modelo vigente; os espaços de poder que a disciplinarização pressupõe e reforça; a estruturação departamental das instituições de ensino, que acaba por propiciar um diálogo muito pouco significativo entre docentes; e, por fim, uma dificuldade inerente à própria interdisciplinaridade, que diz respeito à dificuldade na operacionalização de seus conceitos, de seus métodos e de suas práticas. Em resposta a essa situação, a educação médica tem se modificado, na tentativa de sanar algumas das contradições relatadas. Garcia et al.²² apontam, por exemplo, uma tendência à interdisciplinaridade no currículo médico, principalmente, a partir das décadas de 80 e 90 do século XX.

Tais mudanças, contudo, não têm fornecido respostas eficientes rumo a uma real integração disciplinar nos cursos da área da saúde²². Alterações em grades curriculares não alcançam um impacto real na prática e na formação dos futuros profissionais e apesar de, em geral, os currículos apontarem para a necessidade de uma formação generalista, na prática não se efetivam mudanças estruturais para que tal formação seja uma realidade²².

Para a psiquiatria, a situação não poderia ser diferente. Contudo, é possível haver singularidades na formação do psiquiatra que o afastam ainda mais de um fazer interdisciplinar em saúde.

Na atual realidade da formação psiquiátrica, portanto, a maioria das residências em psiquiatria se dá dentro de grandes hospitais psiquiátricos, com características fortemente asilares, enquanto boa parte dos profissionais – ao terminarem sua formação – trabalhará em serviços de saúde mental cuja orientação se pretende alternativa ao modelo asilar. Em suma, a atenção psicosocial tem recebido boa parte dos psiquiatras formados em grandes asilos, o que gera uma situação paradoxal, interessante para a discussão que aqui se pretende fazer e que, em outro trabalho, já tivemos a oportunidade de abordar²³.

As primeiras residências médicas – com programas sistematizados – nasceram nos Estados

Unidos da América, no ano de 1889, após a constatação de que o treinamento em serviços de saúde aumentava o padrão técnico do médico²⁴. O principal objetivo de tais programas – desde então – é fazer com que o médico, ao sair da graduação, entre em contato com sua área de atuação, sob supervisão de profissionais experientes e qualificados.

A percepção, portanto, da necessidade de o médico ter vivência e contato cotidianos, durante sua formação, com a área em que irá atuar, assim como a percepção da importância dos serviços de saúde como instituições formadoras, estão postas desde a origem dos programas de residência médica.

No Brasil, o primeiro programa de residência médica em psiquiatria nasceu em 1948, no Rio de Janeiro, no Hospital do Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor do Estado²⁴. À época, vivíamos, no país, uma assistência psiquiátrica eminentemente hospitalocêntrica, realidade de que começou a mudar, como veremos mais adiante, apenas a partir da década de sessenta e, sobretudo, da década de setenta.

Ao longo dos mais de sessenta anos de nascimento das residências médicas no país, várias foram as alterações curriculares (inclusive, com a extensão da duração do programa, de dois, para três anos), assim como intensas foram as mudanças no sistema de saúde mental brasileiro, principalmente no que tange a uma assistência psiquiátrica não centrada no hospital. Contudo, uma realidade permanece quase inalterada: os serviços formadores de psiquiatras continuam sendo – principalmente – os hospitais psiquiátricos, representando uma inversão curiosa do principal objetivo da residência médica, que é a formação em serviços, que – no caso da psiquiatria atual, no país – são eminentemente serviços de atenção psicossocial.

De um lado, o asilo; de outro, a atenção psicossocial. Essa é uma situação comumente ocupada pelo psiquiatra e que merece esclarecimento. Segundo Costa-Rosa²⁵, o paradigma das práticas asilares não é simplesmente diferente do paradigma das práticas psicossociais. Para o autor, tais paradigmas são contraditórios. Relataremos, mesmo que rapidamente, a forma como começou a se esboçar a ideia de um paradigma alternativo ao asilar.

As diferenças observadas hoje entre o conjunto de práticas asilares e o de práticas psicossociais começaram a surgir, principalmente, nos anos que se seguiram à II Guerra Mundial. À época, com os horrores da guerra vindo à luz, havia um certo

clamor por direitos humanos e uma certa sensibilização do público para as questões de cunho social. O hospital psiquiátrico foi imediatamente comparado a campos de concentração, o que motivou a retomada de algumas tentativas anteriores de reformar a instituição hospitalar.

Movimentos como a psiquiatria de setor e a psicoterapia institucional (na França), a antipsiquiatria e as comunidades terapêuticas (na Inglaterra), a psiquiatria comunitária (nos Estados Unidos da América) e a psiquiatria democrática (na Itália) aprofundavam ora mais ora menos as diferenças entre práticas asilares e outro conjunto de práticas em saúde mental, na época reconhecidas como não asilares ou extra-hospitalares. No Brasil, tais movimentos, em especial a psiquiatria comunitária e a psiquiatria democrática, tiveram grande influência naquilo que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica Brasileira²⁶.

A influência que alcançaram, no Brasil, os movimentos reformistas acima citados, a maneira como eles foram sendo metabolizados no contexto brasileiro e o aprofundamento das críticas ao hospital psiquiátrico (e ao lugar ocupado pela psiquiatria à época) se deram de tal forma e em tal direção que hoje estamos autorizados, segundo Costa-Rosa²⁵, a falar do nascimento, entre nós brasileiros, de um conjunto de práticas que se opõem radicalmente às asilares e que configuram um novo paradigma: o modo psicossocial (em oposição ao modo asilar).

Nascida a partir do hospital e ali aprisionada – em grande parte, até hoje – a psiquiatria sofreu progressivo isolamento em relação a outras áreas da saúde, inclusive a outras especialidades médicas. Tal característica persiste ecoando e dificultando a integração entre psiquiatras e outros profissionais de saúde, incluindo médicos de outras áreas.

Ainda sobre as singularidades da psiquiatria, outra contradição: mesmo dentro da medicina, a psiquiatria e o psiquiatra parecem ocupar um lugar incômodo²⁷, já que, após o advento da anatomo-patologia, a medicina vem se constituindo como tal a partir do primado da lesão do corpo²⁸. É a lesão somática, legitimamente comprovada por autopsias ou exames complementares de diagnóstico, que vão legitimar se este ou aquele objeto é ou não de interesse para as especialidades médicas.

A psiquiatria desejou, ao longo de sua história, ocupar um lugar reconhecido dentro da medicina; hoje se pode afirmar que ela oficialmente, mas não pacificamente, conquistou tal lugar.

Apesar de o discurso somaticista existir já nas origens da psiquiatria, essa especialidade não adentra a medicina a partir da inquestionabilidade da lesão do corpo. É a partir da moral que a psiquiatria se insere nesse campo de saber²⁹.

O médico somático tem um lugar bem definido dentro da medicina, embora talvez não exatamente dentro de uma equipe de saúde (prova disso é a mobilização recente da categoria no sentido de definir o que seria um ato privativo do médico). O fazer profissional de um cirurgião na emergência de um grande hospital comporta muitos questionamentos, mas muito poucos se referem a seu papel como médico. Abrir um abdome é algo que, antes, reforça toda a formação do cirurgião, seja qual for o resultado da cirurgia.

O psiquiatra, cuja formação acadêmica se dá – em geral – dentro de uma instituição asilar, também encontra, no asilo, pouco espaço para o questionamento de seu papel. O psiquiatra no asilo, assim como o cirurgião citado, vê reforçada sua formação, coisa que não ocorre nos serviços que se baseiam no paradigma psicosocial.

No modo psicosocial, a centralidade da figura do psiquiatra está posta em xeque e é por esse motivo que, em serviços de atenção psicosocial, as questões que atravessam a prática do psiquiatra são de outra ordem. É também por isso que esses são serviços interessantes para o tipo de análise que aqui estamos a fazer.

Por um lado, a prática em serviços de atenção psicosocial; por outro, a formação no asilo. Lá, ocupando o centro; aqui, compondo em pé de igualdade um coletivo profissional; de um lado, o corpo; de outro lado, a moral... Afinal, haveria solução para semelhante impasse?

Considerações finais

Se concordarmos com Gomes e Deslandes¹⁰, que afirmam ser necessária uma ideia clara de seus limites para que uma disciplina não se sinta ameaçada quando do movimento de aproximação com outra, a atenção psicosocial, realidade em que se tensionam os papéis tradicionais das disciplinas que dela fazem parte, estaria em desvantagem em relação a serviços onde os papéis de cada um dos profissionais estão mais bem delineados.

Só podemos concordar com os autores se esses limites a que se referem disserem respeito a insuficiências. Limites vistos como fronteiras, ao contrário, reforçam a lógica monodisciplinar e separatista, já que mobilizam movimentos de defesa e expansão de territórios, de decomposi-

ção e de simplificação dos objetos estudados. Recortando e delineando apenas parcialmente seu objeto, as disciplinas com seus limites-fronteira propiciam uma perda da ideia desse recorte como mero procedimento metodológico e lidam com a parte recortada de seu objeto como se ela fosse já o objeto por inteiro.

Com a psiquiatria não poderia ser diferente. A doença mental não será vista como uma situação que trará, como consequência, um conjunto determinado de sintomas; ela, em si, será o conjunto de tais sintomas e, para tratá-la, será suficiente a supressão deles. Questões de ordem social, política, cultural etc., embora admitidas como fatores que influenciarão o adoecimento psíquico, são vistas como pertencentes a uma ordem acessória e coadjuvante – ordem que se manterá fora do âmbito da psiquiatria, pois fora de seu recorte.

Tal característica da formação, no caso da psiquiatria, tem sistematicamente formado psiquiatras com uma percepção míope de seu objeto de estudo e intervenção. O portador de sofrimento mental tem sido encarado, exclusivamente, como alguém que traz em si um desarranjo neuroquímico, passível de ser regularizado através de uma intervenção medicamentosa.

Pode-se dizer, portanto, que a formação disciplinar se baseia naquilo que se deve saber sobre determinado objeto, ainda que retalhado, ao passo que se dá pouco valor àquilo que sobre ele se ignora. É um grande desafio para a formação profissional fazer com que o que se deve saber sobre dado objeto seja tão importante quanto aquilo que se ignora dele. O não saber deverá também servir de guia à formação.

A noção de saber, quando vinculada à perda da percepção do objeto como simples recorte do real e quando associada à noção de limite como fronteira, leva a uma ideia de autossuficiência que dificulta imensamente a interdisciplinaridade. Por outro lado, o não saber, a percepção do objeto como recorte e a noção de limite disciplinar como limitação (ou limite como insuficiência) facilitam a abertura ao diálogo e a cooperação entre disciplinas diversas.

Para a psiquiatria e o psiquiatra, essa abertura ao diálogo interdisciplinar é mais problemática, em face da posição de centralidade que o modelo biomédico (de quem o psiquiatra se diz representante) tem ocupado na saúde e em face da situação contraditória em que se encontra a psiquiatria na atenção psicosocial. Embora o modo psicosocial questione o modelo biomédico, lembremos que mudanças reais na prática

dos serviços de atenção psicossocial acontecem apenas lenta e gradativamente.

Diante do que foi dito, poderíamos chegar a uma ideia derrotista a respeito da psiquiatria na atenção psicossocial e de seu potencial em compor uma realidade verdadeiramente interdisciplinar. Apesar de particularmente para o psiquiatra – como tentamos defender – a prática interdisciplinar seja problemática, acreditamos que há pelo menos uma via possível de desconstrução dessa realidade. A via a que nos referimos, sem que dela façamos uma panaceia, é a da formação psiquiátrica ocorrida dentro de serviços de atenção psicossocial, com suas situações concretas.

Para o Fourez³⁰, a situação concreta seria o ponto de aglutinação dos atores envolvidos no processo de um fazer interdisciplinar, em torno do qual as pessoas se reuniriam para a construção de um projeto comum e um produto final compartilhado, levando em conta os conhecimentos disponíveis sobre aquela situação.

Para Fourez (apud Galindo e Goldenberg³¹), a interdisciplinaridade seria “a atividade de construção de uma representação da realidade referida a uma situação concreta, que pressupõe a constituição de um espaço de trocas interdisciplinares, envolvendo a construção de uma racionalidade [...].”

O espaço de trocas interdisciplinares, acima mencionado, é denominado por Fourez de ilhas interdisciplinares de racionalidade. Para este autor³⁰, as ilhas de racionalidade são espaços de “construção de representações do mundo que estão estruturadas e organizadas em função de um projeto humano [...], em um contexto específico e para destinatários específicos [...].”

As ilhas interdisciplinares de racionalidade visariam a uma representação teórica de determinado contexto, mas também à elaboração de um projeto e de um produto final comum que permitam um agir comunicativo em relação a uma dada situação-problema.

Para Fourez³², para se alcançar uma metodologia realmente interdisciplinar, as ações devem partir de uma determinada situação concreta, com suas particularidades e em seus contextos específicos. Neste sentido, a interdisciplinaridade nasce da percepção da complexidade do real e da constatação da insuficiência do saber monodisciplinar em abordar o mundo concreto em suas diversas dimensões.

O êxito e o valor de uma ilha interdisciplinar de racionalidade assim constituída dependerão fortemente de sua capacidade de criar uma re-

presentação que dê conta das questões colocadas pela situação-problema³³. Diante disso, na proposta de Fourez, ocupam papéis centrais o projeto em si, sua elaboração e a negociação daí advinda.

Para Fourez, a interdisciplinaridade tem uma dimensão inegável de atitude pessoal, de disponibilidade para o diálogo, de sensibilidade, de capacidade para ceder, além de demandar uma postura ética e política. A interdisciplinaridade para diversos pesquisadores^{3,5,34} terá esse componente pessoal de vivência e contínuo aprendizado na prática das relações entre disciplinas e campos profissionais.

Para Furtado³⁴: a interdisciplinaridade ou a colaboração profissional não se efetiva por meio de princípios ou de intenções genéricas desenvolvidas em textos de pesquisadores bem-intencionados. A troca efetiva e colaboração entre disciplinas e profissões somente serão possíveis pela ação de agentes concretos que, por meio de sua *mentecorpo*, irão ou não consubstanciar práticas mais ou menos integradas. (grifo do autor)

É desejável que esperemos da academia, um aprendizado a respeito das insuficiências da psiquiatria. Nesse sentido, contudo, a prática nos serviços parece estar muito mais próxima de fazê-lo de forma exitosa, pois é aí que a psiquiatria entrará em contato cotidianamente com suas insuficiências. Apesar disso, é notória a desarticulação entre a realidade territorial dos serviços de saúde e a formação médica.

Para Albuquerque et al³⁵: Apesar de todas as possibilidades existentes nos espaços de integração ensino-serviço, é inquietante perceber que a formação em saúde – que utiliza os serviços da rede pública de saúde como campo privilegiado para as atividades práticas que compõem essa formação, seja na modalidade de estágio curricular ou na de aula prática – tem uma inserção nesses serviços que se caracteriza por um relativo distanciamento, um tratamento de certa forma cerimônios entre os envolvidos, no qual as críticas que tenham ao outro não encontram canais adequados de expressão.

É na prática da atenção psicossocial, interdisciplinar por natureza, que se apresentarão, por causa da complexidade de seu objeto, situações concretas que requererão do psiquiatra um movimento rumo à integração com outras disciplinas. É a partir da noção de seus limites-insuficiências que a psiquiatria se abrirá e abdicará de seu lugar de centralidade na saúde mental.

Colaboradores

MP Menezes participou da escrita, da pesquisa e da concepção do texto. S Yasui orientou e supervisionou a escrita.

Referências

1. Santos BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. Porto: Afrontamento; 2000.
2. Santos BS. *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. Vol. 1. 5ª Edição. São Paulo: Cortez; 2005.
3. Santos BS. *Um discurso sobre as ciências*. 4ª Edição. São Paulo: Cortez; 2006.
4. Luz MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2004.
5. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
6. Fleck L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
7. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2003; 11(4):525-531.
8. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Cienc Saude Colet* 1997; 2(1/2):5-20.
9. Raynaut C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Rev bras epidemiol* 2002; 15(Supl. 1):43-55.
10. Gomes R, Deslandes SF. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev Latino-am Enfermagem* 1994; 2(2):103-114.
11. Santos BS, Meneses MPG, Nunes JA. Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: Santos BS, organizador. *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005. p. 21-121.
12. Kuhn T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva; 1987.
13. Foucault M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva; 1978.
14. Rosen G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Abrasco; 1994.
15. Figueiredo G. *O Príncipe e os insanos*. São Paulo: Cortez; 1988.
16. Lyotard F. *O pós-moderno*. Rio de Janeiro: José Olympio; 1986.
17. Batista SHS. A interdisciplinaridade no ensino médico. *Rev Bras Educ Med* 2006; 30(1):39-46.
18. Minayo MC. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina* 1991; 24(2):70-77.
19. Rey A. *Dictionnaire Historique de la Langue Française*. Paris: Dictionnaires Le Robert; 1993.
20. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saude soc* 2009; 18(2):11-23.
21. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: UERJ, Abrasco; 2006. p. 39-64.
22. Garcia MAA, Pinto ATBCS, Odoni APC, Longhi BS, Machado LI, Linek MS, Costa NA. A Interdisciplinaridade Necessária à Educação Médica. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2007; 31(2):147-155.

23. Menezes M. *E psiquiatra é médico? A psiquiatria na atenção psicossocial e seu dilema entre luto, liberdade e renegação* [dissertação]. Assis: Universidade Estadual Paulista; 2008.
24. Uchôa DM. *Organização da psiquiatria no Brasil*. Servier: São Paulo; 1977.
25. Costa-Rosa A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaios-subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
26. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
27. Menezes M, Yasui S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):217-226.
28. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. 5^a Edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.
29. Birman J. *A Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978.
30. Fourez G. Se représenter et mettre en oeuvre l'interdisciplinarité à l'école. *Revue des sciences de l'éducation* 1998; 24(1):31-50.
31. Galindo MB, Goldenberg P. Interdisciplinaridade na Graduação em Enfermagem: um processo em construção. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(1):18-23.
32. Fourez G. *Alfabetización científica y tecnológica: acerca de las finalidades de la enseñanza de las ciencias*. Buenos Aires: Ediciones Colihue; 1997.
33. Nehring CM, Silva CC, Trindade JAO, Pietrocola M, Leite RCM, Pinheiro TF. As ilhas de racionalidade e o saber significativo: o ensino de ciências através de projetos. *Rev Ensaio* 2002; 2(1):1-18.
34. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface Comun Saúde Educ* 2007; 11(22):239-255.
35. Albuquerque VS, AP Gomes, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensinoserviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008; 32(3):356-362.

Artigo apresentado em 05/03/2012

Aprovado em 29/04/2012

Versão final apresentada em 15/05/2012