



Saúde e Contemporaneidade – Uma Abordagem Interdisciplinar

Marília Mello de Vilhena¹,
Orlando de Oliveira Alves²

Introdução

Recentemente, em entrevista ao jornal *Folha de São Paulo*, em 07 de maio de 2006, o psicanalista Renato Mezan atesta que, malgrado a busca, na contemporaneidade, de soluções rápidas para os problemas da existência, não devemos, todavia, nos iludir pelas miragens da pós-modernidade. Lembremo-nos, hoje, das investidas agressivas de concorrência das terapias cognitivo-comportamentais da psiquiatria organicista, que desqualificam a psicanálise como obsoleta e, teoricamente inconsistente, forçando os analistas a reverem seus conceitos, a criticarem posições consideradas inatingíveis, a aprimorarem seus instrumentos de trabalho – o que para Mezan é salutar.

Objetivo

Ao levar em conta que a psicanálise, além de invadir a vida cotidiana, dialoga, na atualidade, com diferentes áreas de pesquisa, o presente estudo consiste em articular o campo psicanalítico e outros distintos saberes, a fim de pensar o conceito de Saúde na contemporaneidade.

Metodologia

Neste artigo, o método a ser utilizado será o qualitativo, e, para que não se adotem posturas acríicas, que se nos apresentam em diversas áreas do saber, investiremos em abordagem interdisciplinar. No contexto psicanalítico, lembremos que a criação da psicanálise, através da postulação do inconsciente por Freud, se inscreve, pioneiramente, num movimento transdisciplinar ao admitir diferentes níveis de realidade.

No século XXI, o saber psicanalítico, em ressonância com saberes de diferentes áreas de ação

Resumo

O presente artigo visa pensar interdisciplinarmente o campo da Saúde ao questionar a atual existência de modelos universais em oposição às diversas significações subjetivas do que possa ser adoecer.

Palavras-chave: saúde; contemporaneidade; interdisciplinaridade.

¹ Psicanalista; psicóloga do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Hospital Universitário Pedro Ernesto (NESA- HUPE-UERJ); Doutora em Comunicação (ECO-UFRJ); Mestra em Psicologia Clínica (PUC-RJ); graduada e licenciada em Filosofia (IFCS-UFRJ).
Email: mamevi77@gmail.com.

² Anestesiologista; acupunturista; médico da Clínica da Dor, Faculdade de Ciências Médicas (HUPE- UERJ).
Email: jumacri@terra.com.br.

humana, a esses se associa, no sentido de questionar a atual fantasia totalizadora de que o conhecimento de um programa dará ao homem, por exemplo, o domínio completo sobre si mesmo.

Sibilia (2002) observa, na sociedade atual, a emergência de um tipo de saber radicalmente novo, pautado num anseio inédito de totalidade. Fáustico, ele visa exercer um controle total sobre a vida, superando suas limitações biológicas. Trata-se do “fim da morte” na ótica das tecnologias da imortalidade, dentre as quais: a inteligência artificial em sua aspiração de remover a mente do cérebro humano e transferi-la para um computador; a engenharia genética; a criogenia (técnica de congelamento dos corpos) e a farmacopeia antioxidante. Sendo assim, em virtude das conquistas tecnocientíficas das últimas décadas, os limites médicos e jurídicos, entre a vida e a morte, estão sendo revistos (Sibilia, 2002).

As subjetividades e os corpos contemporâneos são afetados pelas tecnologias da virtualidade e da imortalidade e pelas novas maneiras que elas inauguram de entender e vivenciar os constrangimentos espaço-temporais; na conjuntura do capitalismo pós-industrial, tais mutações apontam para a redefinição do ser humano, da vida e da natureza¹.

Se observarmos que há, no século XXI, uma intensificação dos analistas na cultura, em especial na pós-graduação; se o lugar da disciplina freudiana está hoje assegurado, a historiadora Elisabeth Roudinesco, na *Folha de São Paulo*, de 07 de maio de 2006, criteriosamente, nos revela que é impossível praticar a psicanálise sob totalitarismos.

Observamos em nossa sociedade contemporânea, nos dias atuais, indivíduos livres dos constrangimentos e repertórios tradicionais, instados a fazer escolhas em quase todos os aspectos de sua existência: ideologia, identidade, aparência, padrão moral de conduta, tudo, afinal, parece depender de decisão individual.

Segundo o psicanalista Bezerra Junior (*apud* Plastino, 2002), esta suposta “liberdade de escolha” ergue-se através do dismantelamento das redes de segurança fornecidos pelo Estado, assim como por meio de exigências de competitividade acirrada, culto à flexibilidade, celebração de performance, ideologia da prosperidade, exaltação da competência pessoal, etc.

No campo das novas estratégias de intervenção na saúde pública, deparamo-nos, hoje, com o abandono progressivo do ideário, há pouco inquestionável, da saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos e com a adoção de um quadro ideológico, no qual essa responsabilidade é transferida ao indivíduo – aclamado como quem pode e deve, não apenas, evitar doenças, mas, sobretudo, gerenciar os riscos à saúde. Diz-nos Bezerra Jr.:

É a consigna do chamado *healthism*, uma ideologia que combina um estilo de vida hedonista (maximização de prazeres e evitação de desprazeres) com uma obsessiva preocupação com práticas ascéticas, cujo objetivo, longe de buscar a excelência moral, elevação espiritual ou determinação política, é otimizar a vida pelo cuidado com a aparência de saúde, atendendo assim ao que parece ser a imagem do sujeito ideal atual².

Nos dias de hoje, a hegemonia do mito científico, que constatamos através de explicações fiscalistas, privilegia a dimensão biológica da vida subjetiva. A dependência em relação aos especialistas do bem-estar (médicos, indústria farmacêutica, etc.) confirmam a intensificação atual do processo de “somatização” da experiência subjetiva e o esvaziamento da relevância do íntimo e do privado.

Transformada em ideologia, a saúde física ou mental ingressa, assim (sigamos Bezerra), na esfera das habilidades e competências a serem demonstradas no mercado da subjetividade. O processo de esvaziamento da dimensão da intimidade e a *exteriorização* da vida subjetiva reconfiguram as fronteiras entre o normal e o patológico, com a transformação da clínica em técnica.

Se em 1943, quando Canguilhem escreveu “O Normal e o Patológico”, a vida ainda se apresentava como algo além das possibilidades humanas de descrição objetiva ou redirecionadora, atualmente, a capacidade da ciência de surpreender os contemporâneos se revela, por exemplo, na tecnificação da medicina, num deslocamento relevante no solo da clínica – o que nos leva a interrogar nosso entendimento habitual das figuras psicopatológicas tradicionais.

A clínica médica, que participou da constituição do indivíduo moderno e de sua experiência de singularidade, vem mudando sua orientação: ela pretende ser cada vez mais “científica” – o que significa basear-se em evidências estatísti-

cas, imagens de laboratório, relegando a segundo plano a singularidade do caso e a subjetividade do doente.³

Resultado e Discussão

Partindo do que expusemos abreviadamente acima, o objetivo deste estudo consiste em pensar a questão da Saúde à luz da psicanálise, numa abordagem interdisciplinar, tomando como base os avanços da tecnologia contemporânea que, a despeito de sua legitimidade científica incontestável, podem tomar caminhos que nos sugerem o desejo de retorno a um sujeito substancializado, na busca da localização cerebral do inconsciente, por exemplo, ou através de certos discursos hegemônicos que atestam serem os genes dotados da capacidade de tudo determinar no homem.

Historicamente, podemos dizer que o Iluminismo, no século XVII, constituiu-se, enquanto desdobramento das linhas de força desse momento inaugural da modernidade, pela crença absoluta no racionalismo científico e no poder da técnica, diz-nos o psicanalista Birman em “A Cidadania Treloucada”.

Segundo Foucault (1994), a medicina moderna nasce em torno dos últimos anos do século XVIII. Nessa obra, encontramos três fases no campo do saber médico que nos ajudam a pensar as questões razão/ desrazão, saúde/ doença, normal/ patológico no domínio da medicina, e, especialmente, na esfera da racionalidade médica ocidental.

Inicialmente, uma medicina classificatória caracteriza-se por um conceito de doença que independe de localização no corpo do enfermo. Pela via de uma organização em famílias, gêneros e espécies, o médico, devendo abstrair-se do doente, aprende a essência do fato patológico. O pensamento classificatório se dá num espaço essencial, no qual a doença só existe à medida que ele a constitui como natureza. Segundo a medicina das espécies, existe uma natureza “selvagem” da doença que é, ao mesmo tempo, sua verdadeira natureza.

A medicina das espécies implica, portanto, uma espacialização livre para a doença, sem região privilegiada, sem opressão hospitalar – uma espécie de repartição espontânea em seu local de nascimento e desenvolvimento que deve funcionar como o lugar em que ela desenvolve e realiza sua essência, em que ela chega a seu fim natural: a morte, inevitável se esta é sua lei; a

cura, frequentemente possível, se nada vem perturbar sua natureza⁴.

Em seguida, ao final do século XVIII, o surgimento da medicina clínica provém de uma experiência pedagógica que favorece a regulamentação da profissão médica e seu ensino, inaugurando uma relação entre o olhar médico e a essência das doenças. A experiência clínica é a primeira abertura na história ocidental do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade – acontecimento capital da relação do homem consigo mesmo e da linguagem com as coisas. Sabemos que, em fins do século XVIII, a permanência da verdade no núcleo sombrio das coisas liga-se a esse poder soberano do olhar empírico. Fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível, esse olhar possibilita organizar em torno de tal sujeito uma linguagem racional, objetiva. Com isso, poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica. O princípio de todo saber clínico: “*onde lhe dói?*” substituirá a pergunta “*o que é que você tem?*”, por onde começa, no século XVIII, o diálogo entre o médico e o doente.

Nesse contexto, a medicina se institui como uma prática racional de cuidados, nos registros individual e coletivo, organizando-se como clínica e medicina social. Por intermédio de um corpo de especialistas detentores de um saber pretensamente científico, de uma superioridade técnica sobre a vida e a morte, a saúde emerge como valor no moderno ideal de cura. Pela mediação da ciência, da técnica, do valor máximo atribuído à razão iluminista, a medicina torna-se fundamental na constituição da modernidade. Articulado, enfim, saber e poder, numa série de práticas disciplinares preocupadas com o controle das epidemias e outras catástrofes naturais, a medicina moderna (Medicina Social) se estrutura como regulação dos corpos e higiene dos espaços sociais.

Tornando-se atividade pública, desinteressada e controlada, a medicina se aperfeiçoará indefinidamente; reencontrará no alívio das misérias metafísicas a velha vocação espiritual da Igreja, da qual será como que o decalque leigo. E ao exército dos padres que velam pela saúde das almas, corresponderá o dos médicos que se preocupam com a saúde dos corpos.¹

Até o final do século XVIII, a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade. Um conhecimento do homem saudável é, simultaneamente, uma experiência do homem

não-doente e uma definição do homem-modelo. Quanto à medicina do século XIX, essa, por sua vez, regula-se mais pela normalidade do que pela saúde. Doravante, quando se falar da vida dos grupos e das sociedades, da vida da raça, da “vida psicológica”, além da estrutura interna do ser organizado, pensar-se-á na bipolaridade médica do normal e do patológico. O espaço de configuração da doença e o espaço de localização do mal no corpo serão, então, superpostos na experiência médica do século XIX, período de privilégio concedido à anatomia patológica. A supremacia do olhar, nesse ponto, articula o mal com o corpo através da lógica das massas anatômicas. O “golpe de vista” detém, assim, um poder de direito sobre a verdade.

A passagem do Iluminismo para o século XIX se dá quando a doença é tomada na espessura do corpo, no momento em que a objetividade científica da racionalidade médica penetra na tessitura das coisas. Atento e vigilante, aberto à evidência dos conteúdos sensíveis –, fonte da clareza e da verdade –, o olhar minuciosamente esquadrinha.

No final do século XVIII, o médico, ao aproximar-se do doente, percebe o que havia logo atrás da superfície visível, e, pouco a pouco, ele é levado a descobrir a doença na profundidade secreta do corpo.

E nesta nova imagem que dá de si mesma, a experiência clínica se arma para explorar um novo espaço: o espaço tangível do corpo, que é, ao mesmo tempo, esta massa opaca em que se ocultam os segredos, invisíveis lesões e o próprio mistério das origens. E a medicina dos sintomas, pouco a pouco, entrará em regressão, para se dissipar diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica. É a idade de Bichat.⁶

Foucault (1994) considera que o grande corte na medicina ocidental acontece no momento em que a experiência clínica transforma-se no olhar anátomo-clínico: técnica do cadáver, anatomia patológica, olhar médico que deve ver o mal se expor e dispor diante dele, à medida que penetra no corpo. Não mais estamos falando, então, de uma espécie patológica inserida no corpo, mas do próprio corpo tornando-se doente.

Tomando a morte como única possibilidade de dar à vida uma verdade positiva, Bichat permi-

te à doença articular-se, finalmente, num discurso verdadeiro. Apoiada, a partir desse, numa percepção da morte, enfim conceituada, a degeneração receberá, pouco a pouco, um conteúdo positivo.

Canguilhem (2000) diz que Foucault em “O Nascimento da Clínica” revela-nos como Bichat fez “o olhar médico girar sobre si mesmo” para pedir à morte explicação da vida. No século XIX, a morte passa a ser singularizada, é nela que o indivíduo se encontra; morte como ponto de vista absoluto sobre a vida e abertura para sua verdade. A partir do momento em que a morte foi tomada num órgão técnico e conceitual, a doença pode ser, ao mesmo tempo, especializada e individualizada. Toda doença é individual.

“O Normal e o Patológico” consiste no exame público crítico de uma tese geralmente adotada no século XIX, segundo a qual os fenômenos patológicos são idênticos aos fenômenos normais correspondentes, salvo por variações quantitativas. Os fenômenos patológicos nos organismos nada mais são que variações quantitativas, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos. Canguilhem (2000) nos remete a Claude Bernard e ao interesse que dirige do normal ao patológico, com a finalidade de uma ação racional sobre este. Sua terapêutica racional se sustenta numa patologia científica baseada na ciência fisiológica. São palavras de Claude Bernard, reescritas por Canguilhem:

Toda doença tem uma função normal, da qual ela é apenas a expressão perturbada, exagerada, diminuída ou anulada. Se não podemos, hoje em dia, explicar todos os fenômenos das doenças, é porque a fisiologia ainda não está bastante adiantada e ainda há uma quantidade de funções normais que desconhecemos⁷.

Na segunda metade do século XIX, a psiquiatria, assim como outros saberes do campo social, passa a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos. Seguindo a orientação das demais ciências naturais, pautando-se num modelo positivista, centrado na medicina biológica, o saber psiquiátrico restringe-se a observar, a descrever os distúrbios nervosos e a produzir um conhecimento objetivo do homem. Enquanto processo de conhecimento científico, a psiquiatria se pretende neutra na descoberta da essência dos distúrbios, através de relações de causalidade. Em suma, a psiquiatria positiva do século XIX e também a nossa, segundo Foucault (1978), acreditaram fa-

lar apenas da loucura em sua objetividade patológica.

Retomando Bezerra Jr. (1994), podemos reconhecer a enorme importância dos psicofármacos que, nos últimos 35 anos, permitiram mudanças radicais das perspectivas terapêuticas, sobretudo, nos quadros de psicose. Ele se pergunta, no entanto, que outras variáveis, além das indicações e contra-indicações clínicas, entram em jogo na escolha do medicamento feita pelo médico, no uso feito pelo paciente e no papel que pode representar tanto para um, quanto para outro o recurso a esse instrumento terapêutico. Bezerra aponta a indústria farmacêutica como forte fonte de pressão, que incide sobre o profissional de saúde, as várias estratégias de promoção de seus produtos, as quais atingem tanto o público, quanto os médicos. Trata-se do reforço constante da ideia de que tratar alguém é sinônimo de medicá-lo, acentuando uma visão organicista estreita da doença, do sofrimento e da dor – visão biologista da doença, que procura simplificar suas causas e apresentá-las como inevitáveis.

Para os profissionais de saúde que lidam em seu cotidiano com pessoas oriundas dos mais diversos estratos sociais, faixas etárias e regiões culturais, torna-se questão fundamental a de que nem sempre estamos diante de pessoas com as mesmas noções acerca do adoecimento psíquico. A ilusão de universalidade, de uma concepção aistórica do sujeito, o etnocentrismo das teorias psicológicas com seus modelos universais ignoram a existência de estudos já bastante conhecidos, que demonstraram haver uma grande diferença no significado e na abrangência de conceitos como saúde e doença, quando se comparam pessoas de classes sociais distintas. Só atentos às singularidades do sujeito atendido, é que nos afastaremos de um discurso higienista, desdobramento de um projeto de medicalização social, de uma medicina que se autodenomina social. Medicina esta que se institui, enquanto instrumento tecnocientífico, de poder que anula a diferença nas subjetividades, unificando as diversas e inúmeras significações para esses sujeitos do que possa ser adoecer.

Para Birman e Bezerra Jr. (1994), trata-se de sustentar uma discussão acerca do estatuto dos diversos discursos sobre o humano, de modo a estabelecer a subordinação de qualquer projeto de produção de conhecimentos a preceitos do que

desejamos e devemos fazer com ele. Eis o que nos diz Romano (1999) a este respeito, no campo psicológico:

Esta também é uma tarefa do psicólogo que atua em hospital: dar a conhecer seus métodos de trabalho, o alcance de sua intervenção a uma camada de população que dificilmente procuraria espontaneamente esse tipo de ajuda. E mais: é de conhecimento inquestionável que a participação ativa do próprio sujeito, a implicação em seu processo de adoecer é que determina o sucesso de qualquer intervenção médica, cirúrgica ou não⁸.

Chiattonne (2000) pensa que a psicologia hospitalar desenvolve-se pela necessidade de um novo enfoque, uma mudança de estratégias na forma de prover saúde, em seu sentido mais amplo. Trata-se, assim, do desejo de um novo paradigma que, reforçando o modelo biopsicossocial e otimizando o trabalho interdisciplinar, pudesse estimular a união ou integração das ciências médicas e sociais, estreitando os vínculos das vertentes assistenciais, de formação e investigativas e aglutinando estratégias globais, a fim de oferecer respostas aos problemas que envolvam uma nova forma de pensamento em Saúde.

Segundo ele, talvez seja mais honesto utilizarmos o termo multidisciplinar ou multiprofissional para falarmos da realidade atual nas instituições de saúde, onde vários profissionais atendem o mesmo paciente, mas não necessariamente de forma integrada e complementar. A existência de uma prática interdisciplinar no atendimento em saúde permanece como um desafio de integração, coparticipação, reorientação dos saberes e das tarefas. Falando do trabalho em equipe, o autor remete-nos ao interdisciplinar, multidisciplinar, transdisciplinar, intra-profissional e inter-profissional.

Romano (1999) afirma que estamos numa época em que a prática de saúde vem sendo repensada em vários aspectos. A atuação em equipe multidisciplinar é cada vez mais valorizada e a importância dos fatores psicológicos, sociais e culturais nas doenças e no adoecer é cada vez mais reconhecida. O psicólogo, este precisa estar onde estão os acontecimentos, afinal, não há uma saúde abstrata e teórica, mas uma saúde historicamente produzida.

Sebastiani (2000) destaca o papel que a psicologia da saúde tem na otimização do traba-

lho interdisciplinar, estreitando os vínculos das vertentes – assistenciais, de formação e pesquisa – aglutinando estratégias globais que possibilitam dar respostas aos problemas que implicam desenvolver uma nova forma de pensamento em saúde.

Sabemos que o aumento devastador do consumo de álcool e drogas; o incremento do stress e seus efeitos em estilos e condições de vida; uma extensa gama de reações disfuncionais e enfermidades crônicas; a predominância de enfermidades mentais; problemas perinatais; suicídios; acidentes e violência; o avanço significativo dos casos de depressão, entre outros, deixam claro que a consideração da dimensão psicossocial da saúde e da enfermidade constituem uma grande necessidade e um espaço inquestionável para a psicologia como ciência e para os psicólogos como profissionais interessados na melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida do ser humano.

Se a ciência moderna constituiu-se contra a natureza, negando-lhe a complexidade e o devir em prol da estreita concepção de um mundo eterno, cognoscível, regido por um pequeno número de leis simples e imutáveis, atualmente, de modo notável, deparamo-nos com o abandono de tal ambição reducionista. Não podemos, doravante, ignorar a questão de um universo em transformação ininterrupta, com acontecimentos instáveis e imprevisíveis, crises, enfim, com problemáticas cada vez mais complexas. O abalo de nossas certezas anteriores sobre um conhecimento definitivo e objetivo nos conduz à relatividade de nosso saber. Urge, então, interagir em face de questões levantadas por outras disciplinas, não se tratando de contrapor uma ciência à outra, nem da oposição entre ciência e filosofia, mas da articulação fundamental entre distintos saberes, complementaridade e não-substituição, respeito às diferenças. A história das ciências contemporâneas critica radicalmente a ideia clássica de onisciência, dirigindo-se a um campo inaudito, desconhecido, incognoscível.

Tomemos, aqui, a provocante constatação de Figueiredo (1997) : “É sobre os efeitos de nossos atos e falas, e também dos atos e falas dos sujeitos, que podemos trabalhar. Não devemos tentar prever ou prevenir os acontecimentos”.⁸

Conclusão

Se constataremos que o fantástico avanço da medicina, os problemas na ordem da ética e da política, as novas descobertas científicas e a transformação da própria noção de natureza demandam, enfim, conhecimentos de várias ordens, nos reportaremos, à guisa de conclusão, ao âmbito da psicanálise para nos incluirmos na polêmica atual.

Contra-pondo-se às propedêuticas naturalistas e ao psicologismo que “coisifica” o ser humano, a psicanálise, enquanto prática subordinada em sua destinação ao que há de mais particular no sujeito, só pode ser considerada na ciência ao se colocar como um problema.

Espaço de subjetivação e historicização, o saber psicanalítico preserva o conceito de sujeito psíquico nas patologias contemporâneas, tais como: o vazio, as adições, o não-ser. Imerso na velocidade da cultura contemporânea, na fragmentação, na globalização, no cyber-espaço, no *fast-food*, o ser humano do século XXI aprisionou-se na necessidade apenas de funcionar nos vazios do não-existir.

Há décadas, a psiquiatria centrou sua questão na doença mental, e, se hoje seu foco incide sobre a saúde mental, é significativo que se perceba os princípios da psicologia positiva, que frequente e surpreendentemente faz a saúde equivaler, de modo polêmico, a uma mente que corresponde, na esfera do biológico, a um corpo musculoso com capacidade aeróbica.

Notas

¹ Sibilia, P. (2002). O Homem Pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 228 p.p.60.

² Transgressões, Plastino, C.A. (org.). Rio de Janeiro: Editora Contracapa, 2002, p. 233-234.

³ Benilton Bezerra Junior em “O caso da Interioridade e suas Repercussões sobre a Clínica” em “Transgressões”, Plastino, C. A. (org.), 251 p. p.237.

⁴ Foucault, M. O Nascimento da Clínica, 241p. p.18-19.

⁵ Idem, p.36.

⁶ Idem, p.39.

⁷ Canguilhem, G. O Normal e o Patológico, 307p. p.46.

⁸ Figueiredo, A. C. Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos A Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público, 184p. p.126.

Referências Bibliográficas

BIRMAN, J.; A Cidadania Tresloucada – Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. IN: *Psiquiatria sem Hospício – Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (B. Bezerra & P. Amarante, org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999, 123p. p. 71-90.

BIRMAN, J. ; JUNIOR, B.B.. Saúde Mental. IN: *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80* (organizadores: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W) Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. 307p.

CHIATTONE, H. B. de C. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: *Psicologia da Saúde Um Novo Significado para a Prática Clínica*. Valdemar Augusto Angerami-Camon. Editora Guazelli Ltda, 2000.

FIGUEIREDO A. C. Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos A Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997. 184p.

Folha de São Paulo, de 7 de maio de 2006. Caderno “Mais!”, seção “Autores”.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978. 551p.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. 241p.

FREUD, S. *Obras Completas*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1977.

GORDON, R. *A Assustadora História da Medicina*. 5ª edição. São Paulo: Ediouro, 2004. 432p.

JUNIOR, B. B. Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental. In: *Cidadania e Loucura Políticas de Saúde no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. 288p.

JÚNIOR, B. B. O caso da Interioridade e suas Repercussões sobre a Clínica. IN: *Transgressões*. Plastino, C. A. (Org.), 251 p. p.237.

NOVAES, A. (Org). *A Ciência no Corpo*. In: *O Homem-Máquina A Ciência Manipula o Corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. 302p.

Os Novos Desafios da Psicanálise: 150 anos de Freud. *O Globo*, de 29 de abril de 2006. Seção Prosa & Verso.

PERES, L. *A Conquista do Equilíbrio da Mente*. *Veja*, Ano 36, nº 37,17/09/06, p.89-95.

ROMANO, B.W. *Princípios Para a Prática da Psicologia em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 145p.

SCHULTZ D.P, SCHULTZ S.E. *História da Psicologia Moderna*. São Paulo: Editora Cultrix, 1981. 439p.

SEBASTIANI, R. W. Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde numa Perspectiva Latino-Americana. In: *Psicologia da Saúde Um Novo Significado para a Prática Clínica*. Waldemar Augusto Angerami-Camon. Editora Guazelli Ltda, 2000.

SIBILIA, P. *O Homem Pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002. 228 p.p.60.

VILHENA M. *Psicanálise e Complexidade*. In: *Tempo Psicanalítico*, 38, 2006. A Psicanálise no Século XXI. Publicação da Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle. Rio de Janeiro, 2006. 315p. p.75-96.

Abstract

This article aims to rethink the interdisciplinarity of the Health field asking the present existence of universal models in opposition to several subjective meanings of what it fills as an illness.

Keywords: health; contemporaneousness; interdisciplinarity.

