

DA TRANSVERSALIDADE À TRANSDISCIPLINARIDADE: CUIDADO E TRABALHO EM SAÚDE

Guilherme Augusto Souza Prado^{1 2}, Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-9318-8580>
Marcos Antônio de Sousa Rodrigues Moura^{1 3}, Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9204-235X>

RESUMO. O presente artigo visa discutir o sentido da noção de transversalidade e sua importância para formulação de uma atuação ética e politicamente composta entre a psicologia e a saúde coletiva. No primeiro momento, problematizamos a produção de saúde entre indivíduo e sociedade, clínica e política com o conceito de transversalidade servindo de guia para a fundamentação do plano do cuidado e para o plano do trabalho em saúde. Tal entendimento parte da indissociabilidade entre conhecimento e experiência propiciando aumento da comunicação entre os diferentes atores das práticas sociais de assistência e cuidado em contraposição aos microfascismos que ruminam nas frestas do cotidiano das instituições de saúde. Em seguida, atrelamos a produção de subjetividades à produção de saúde inerente ao cuidado para retomar aspectos da lateralização, da análise e gestão dos conflitos e da inclusão do coletivo para a composição da heterogeneidade na Política Nacional de Humanização do SUS como política transversal fundamentada na tradução da saúde como valor de uso. Com isso, trazemos como direcionamento para as práticas e serviços de cuidado a cidadania e a invenção de modos de vida a fim de caracterizar a potência de uma abordagem transdisciplinar para o campo do trabalho em saúde.

Palavras-chave: Transversalidade; transdisciplinaridade; trabalho em saúde.

FROM TRANSVERSALITY TO TRANSDISCIPLINARITY: CARE AND HEALTH WORK

ABSTRACT. This article develops the notion of transversality and debates its importance for the formulation of an ethical and politically centered action for psychology and public health. In the first moment, we problematized the production of health between the individual and society, clinic and politics with the concept of transversality as a guide for the formulation of the care plan and the health work plan. This problematization aims to reconnect knowledge and experience by increasing the communication between the different actors in the social practices of assistance and care in opposition to the microfascisms of the daily lives of health institutions. Then, considering the inseparability of the production of subjectivities and the production of health inherent in any care action, we unfolded the aspects of lateralization, analysis, and management of conflicts and the inclusion of the collective necessary for the composition of heterogeneity in the National Humanization Policy of the Brazilian Unified Public Health System as a transversal policy based on the translation of health as a value of use. Finally, we proposed citizenship and the invention of

¹ Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Parnaíba-PI, Brasil.

² E-mail: guispra@gmail.com

³ E-mail: marcosantoniosmoura@gmail.com



life forms as founding values for care practices and services to characterize and explore the benefits of a transdisciplinary approach in the field of health work.

Keywords: Transversality; transdisciplinarity; health work.

DE LA TRANSVERSALIDAD A LA TRANSDISCIPLINARIEDAD: TRABAJO ASISTENCIAL Y SANITARIO

RESUMEN. Este artículo tiene como objetivo debatir el sentido de la noción de transversalidad y su importancia para la formulación de una acción ética y política capaz de articular psicología y salud pública. Así, problematizamos la producción de salud entre el individuo y la sociedad, la clínica y la política con el concepto de transversalidad, que sirve como guía para la construcción del plan de cuidado y del plan de trabajo de salud. Con eso, proponemos una reconexión del conocimiento con la experiencia aumentando el grado de comunicación entre los diferentes actores de las prácticas sociales de asistencia y cuidado, abordaje que contrapone a los microfascismos del cotidiano de las instituciones de salud. Luego, indicamos la inseparabilidad entre la producción de subjetividades y la producción salud inherente a las prácticas de atención y cuidado para retomar los aspectos de lateralización, de análisis y gestión de conflictos y la inclusión del colectivo para la composición de la heterogeneidad presentes en la Política Nacional de Humanización del Sistema Único de Salud brasileño como una política transversal basada en traducción de la salud como valor de uso. Finalmente, proponemos la ciudadanía y la invención de formas de vida como valores de conducción para las prácticas y servicios de atención y cuidado para explorar las potencias de un enfoque transdisciplinario en el campo del trabajo sanitario.

Palabras clave: Transversalidad; transdisciplinariedad; trabajo en la salud.

Introdução

Modernidade e democracia têm sido eixos que operam um corte transversal na psicologia, o primeiro desde sua gênese, o segundo, a partir da problematização dos modos de construção do saber e da prática social das/os psicólogas/os. Da transversal entre psicologia e história, a prática psicológica se transforma em sucessivos revólveres que ocorrem em meio aos acontecimentos capazes de desestabilizar, de gerar crises, rupturas para que, enfim, algo novo emergja do encontro entre ambas (Coimbra & Abreu, 2018).

Partindo desta alocação da psicologia enquanto prática social, o presente escrito aborda um corte diagonal que complica e coloca desafios para a psicologia: o campo da saúde coletiva. Corte desde o qual o tema do conhecimento na modernidade se desdobra no problema da complexidade e o da democracia é ampliado ao ser problematizado em nível das relações micropolíticas de cuidado. Com isto, partimos de um problema da psicologia – o das relações entre clínica e política, entre individual e social – para a construção do cuidado em saúde, assentado nas tecnologias leves de relação e comunicação transversal entre diferentes atores, níveis, campos e processos de cuidado (Prado, Lima, & Xavier, 2019).

Assim sendo, este trabalho tem como objetivo discutir o sentido da noção de transversalidade e sua importância para a formulação de uma atuação ético-política composta entre a psicologia e a saúde coletiva.

De saída, a fim de traçar algumas linhas que perpassam e perturbam a dicotomia entre clínica e política para o campo da psicologia através da noção de transversalidade, fazemos uma digressão para posicionar as transformações e devires de uma abordagem transdisciplinar do cuidado em saúde, tomando como ponto nevrálgico deste as tecnologias relacionais.

Um reposicionamento nas questões entre sujeito e sociedade

Com os acontecimentos disruptivos de maio de 1968, o pensamento político e filosófico, atento à derrocada dos modelos de vida do pós-guerra e aos modos de subjetivação em ebulição, não pôde evitar entrar em colapso e deriva.

Por um lado, uns temiam o acontecimento, confundindo-o com a barbárie, como Theodor Adorno (1997), de outro, na mesma linha dos que se dizem defensores da ordem, há os algozes militares que interrogaram Caetano Veloso na sua prisão junto a Gilberto Gil sob a acusação de fragmentar costumes e valores morais, como ressaltado por Passos e Mizoguchi (2019). Estranho emparelhamento que coloca o filósofo da escola de Frankfurt ao lado e na mesma categoria que os militares do regime ditatorial brasileiro. Estrategicamente, o desconcerto em colocar um dos pilares da teoria crítica freudo-marxista ao lado dos interrogadores autoritários, traz uma análise política transversal.

O tema do fascismo já não pode ficar restrito a um corte vertical que separa em dois lados os grandes nomes da história política. Ele deve ser interrogado na intimidade e na ligeireza do cotidiano, inclusive no dia a dia dos progressismos. Os pequenos fascismos tomam de assalto uma vasta gama não somente dos funcionários da verdade, aqueles que se colocam como proprietários da legitimidade política, mas também dos burocratas da revolução. (Foucault, 1996).

Tangenciando a produção do saber e a política inerente às práticas sociais, salientamos dois pontos com tais considerações. Um, que ao fazermos rachaduras em tais categorias assépticas, é a própria separação entre disciplinas e a dicotomia objetivo-subjetivo que as fundamenta que é colocada em xeque. Logo, observamos uma moral intelectual do pequeno fascismo que se ocupa com as grandes divisões binárias da realidade (como civilização e barbárie), só elas capazes de enunciar legitimamente a verdade sobre sua época, os homens e a história para com isso manter a política longe do desejo a fim de realizá-la de portas fechadas.

Destarte, frente ao colapso dos modelos de vida dados havia, por outro lado, aqueles que assumiam não apenas os slogans, mas certa atitude de contestação indecodificável. Assumiam a descodificação como novo princípio ético-estético-político. Posição talvez apenas ensaiada por Marcuse – que escreve carta repreendendo e rompendo com Adorno –, os próprios tropicalistas e, junto a eles e tantos outros, um filósofo dedicado à produção de diferença, Gilles Deleuze, e o psicanalista e militante de diversos movimentos políticos, Felix Guattari.

Na correspondência de Deleuze (2018), vemos a importância e os detalhes deste encontro marcado, atravessado pela radicalidade da transversalidade. Prontamente, o filósofo identifica a importância desta noção para superar a dicotomia entre inconsciente individual e inconsciente coletivo, de maneira a avançar na construção de um arcabouço capaz de articular marxismo e psicanálise. Uma pergunta-chave agita este encontro: como a esfera socioeconômica interfere no psiquismo, nas formações do desejo, no inconsciente e vice-versa? O militante Guattari (2004) interroga se a revolução social – senão a exequível, pelo menos a planejável – deve ou pode esmagar o desejo? Ambos, junto a

Foucault (1996), se perguntam o que liga tão intimamente a exploração social e a repressão psíquica (Lopes & Romagnoli, 2018).

Tal pergunta, podemos reformulá-la no presente texto a partir das produções e dos itinerários da saúde coletiva no Brasil na interrogação pelas relações entre clínica e política. Esta inquietação nos serve de guia para percorrer o itinerário que leva da transversalidade à transdisciplinaridade. Pois se é entre a psicologia individual e as relações sociais que o microfascismo que incide no cotidiano é, junto ao conceito de transversalidade, formulado como questão ética e como ponte conceitual-instrumental entre a atividade de cuidado e seus efeitos políticos na sociedade onde habitam os diferentes sujeitos.

A transversal entre o plano do cuidado e o plano do trabalho

No âmbito que abordamos neste trabalho, tomamos a problemática social real que emerge entre produção de saúde e produção de subjetividades. Mais do que campos disciplinares das ciências da saúde e da psicologia, interessam-nos os espaços e momentos onde uma desterritorializa a outra, fazendo-a reterritorializar em outras searas que atrelam clínica e política.

Partindo da Análise Institucional (Guattari, 1981), entrevemos o valor da transdisciplinaridade como indagação original e valorização da pesquisa empírica nas ciências humanas que faziam Deleuze e Guattari se esquivar dos dogmatismos, pois ao “[...] preconizar um desvio pelas práticas sociais e institucionais [...] essa crítica abre caminho a uma reconexão entre a pesquisa, o saber e o terreno da experiência, do vivido, das representações dos atores e de sua palavra” (Dosse, 2010, p. 73).

Inspirado pela concepção teórico-prática da análise institucional, Lancetti (2000) aponta para a proficuidade de um conjunto variado de ferramentas para o trabalho na saúde mental coletiva que amplia seu objeto e os meios da intervenção. A assistência à saúde não deve ter como centro a patologia, a entidade nosográfica da doença, ou tampouco se restringir ao indivíduo por ela assolado, mas o grupo familiar, entendendo-se por família pessoas que por quaisquer motivos ou vínculos compartilhem um teto, um cotidiano ou dividam domicílio.

A atenção à saúde se caracteriza, portanto, como atividade em grupo em pelo menos dois aspectos, em dois planos problemáticos: o que podemos chamar de plano do cuidado, que configura o cuidado produzido com os grupos e coletivos assistidos e o plano do trabalho, que comporta as tarefas e afazeres realizadas em grupo nas, pelas, através ou com a mediação, apoio ou suporte das equipes multiprofissionais. Ambos os planos se desdobram em níveis distintos.

Sob o plano do cuidado, o nível vertical se relaciona à formação sócio-histórica de cada indivíduo, aos papéis que este exerce, assume ou pode vir a ocupar de acordo com o contexto social onde ele se insere – na formulação atual, as inscrições de raça, gênero e classe entrariam neste estrato (Ceccon & Meneghel, 2019). Além disso, o nível vertical é onde se desenrolam sua história pessoal e a diferenciação do eu em termos de identificação com possíveis figuras do ideal de eu, figuras hierárquicas de modelo ou liderança, em operações que não raro desaguam em relações de opressão, exploração e sofrimento evidenciados em trabalhos como os de Angela Davis (2016) e Djamila Ribeiro (2017).

Junto a ele, um nível horizontal se configura como denominador comum entre os membros do grupo e das relações deles entre si. Intersecção entre indivíduos ou grupos que conformam um como-um, uma homogeneidade, assentada na identificação e no reconhecimento lateral capaz de unificar, mesmo que ocasional ou provisoriamente, elementos ou traços compartilhados entre os integrantes, no processo ou no tempo em que

acontece o grupo (Freud, 2011; Pichón-Rivière, 2000). Ou seja, segundo esta operacionalização, o grupo – o coletivo ou a família – não pode ser reduzido a um cenário para o individual (Hur & Viana, 2016), efetivando-se na articulação entre a verticalidade daquilo que incide na história pessoal e a horizontalidade dos processos atuais.

Já sob o plano do trabalho, tais relações se atualizam em formas estereotipadas de reprodução dos códigos de comunicação e das trocas circulantes por verticalidade e horizontalidade (Guattari, 2004). No eixo vertical hierárquico, a instituição atualiza a estrutura piramidal fechada do organograma objetivista em que a fixidez dos papéis encarnados nas posições de chefia, subchefia e subordinação marcam o campo micropolítico das relações cotidianas. Por isso, não raras as instituições de saúde replicam um modelo de relações médico-centrado em que os demais profissionais são reduzidos a paramédicos e suas atribuições submetidas à alocação de auxiliares, sendo no máximo complementares ou alternativas ao tratamento prioritariamente medicalizado como na proposta do Ato Médico, recentemente debatida no Brasil.

Já no corte horizontal, observa-se a replicação da identificação lateral e reconhecimento mútuo do mesmo. Trata-se de um corte habitualmente marcado pelo corporativismo, onde as diferentes categorias profissionais – mas também de usuários do serviço ou de familiares – se reconhecem em seu vocabulário e em suas demandas, nas suas posições institucionalizadas e em seus desejos e projetos de vida (Barros & Passos, 2005).

Nos limiares e interstícios de ambos os estratos, vertical e horizontal, dos planos do cuidado e do trabalho, a transversalidade provoca rupturas a partir das fissuras nas formações sócio-históricas do contexto social e na homogeneidade da identificação e do reconhecimento lateral à medida que opera desde as rachaduras nas pirâmides hierárquicas e nos corporativismos. Com a diagonal traçada pela transversalização, as fronteiras entre os planos do cuidado e do trabalho se tornam obsoletas e ambos se tocam e se misturam. O que não significa uma simples horizontalização que liga somente áreas estritamente afins e semelhantes e tampouco quer dizer que não haja distinção em absoluto entre os profissionais que cuidam e os sujeitos a serem cuidados (Romagnoli, 2019).

Assim, a questão da transversalização opera com uma pergunta inerente: como tal processo de subjetivação funciona? Por via e determinação de quais fatores – uma vez que não há um fator privilegiado capaz de ler toda a realidade ou todas as relações sempre, inexorável e infalivelmente (Prado et al., 2019) – acontecem tais processos?

A transversalização serve para decifrar os sistemas de modelização: o que determina a nós e a nossa relação com o mundo, a condição social de classe, racial, de gênero?

O que conta é a circunscrição existencial que desdobra referências intrínsecas, processos de auto-organização ou de singularização em cada subjetividade. Corte que coloca em questão a organização de um sujeito – com suas resistências e sujeições –, pois a subjetivação corresponde aos diversos processos de produção de referentes. Logo, tornar-se sujeito é produzir referências para si, referências capazes de adquirir consistência nos encontros e relações do sujeito com o mundo (Uno, 2016).

Guattari (2004) propõe o conceito de transversalidade especialmente a partir de dois artigos em 1964, intitulados 'A transferência' e 'A transversalidade', reunidos em coletânea editada como *Psicanálise e transversalidade*. Logo, o conceito de transversalidade visa responder à insuficiência e à limitação da noção de transferência para o manejo clínico no contexto institucional, que é atravessado por uma multiplicidade de vetores.

A noção de transversalidade é profundamente marcada pela experiência do francês na clínica de La Borde. Ali, sob a inspiração das ideias de heterogêneo, policêntrico e

transdisciplinaridade de Tosquelles, almejava-se construir um espaço social de trocas a partir de três princípios: a) o centralismo democrático do grupo gestor, b) a deliberada precarização dos estatutos que favorece o trânsito de todos entre o trabalho manual e c) o intelectual dá a marca da utopia comunista ao projeto e coletivização das responsabilidades e dos salários como organização comunitária antiburocrática (Dosse, 2010).

Frente a isto, com a transversalidade assume-se a pungência presente dos impasses sociais e políticos, irreduzíveis à repetição ritual do passado acessível à análise da repetição transferencial do complexo de Édipo, a qual seria capaz de explicar não apenas o psiquismo, mas toda a vida social, que seria dele decalcada.

Levando essa crítica adiante, temos imediatamente duas consequências. Primeiro, que a política invade a clínica (Guattari, 2004). Com isto, a análise requer e enreda uma concepção de subjetividade múltipla, irreduzível ao intrapsíquico, à dinâmica familiar atualizada na fantasmática atual, pois os processos de subjetivação e a própria subjetividade são irreduzíveis ao inconsciente ou mesmo ao psiquismo individual. Em suma, ao problematizar a cura individual e incluir a dimensão institucional na análise, ela passa do campo da especialidade tecnocrática para o da experimentação social.

Por isso, instalam-se várias instâncias coletivas, de assembleias gerais a secretariados e *ateliers*, que ao colocarem em questionamento as rotinas burocráticas hierárquicas e sua repetição serializada, visam a construção coletiva e permanente de dispositivos de reapropriação de sentido valorizando a singularização das relações com o trabalho e o mundo. Com tais dispositivos que tematizam o que se produz na instituição, a análise se politiza à medida que toma como objetivo não a correção por remodelagem, mas os modos de produção de subjetividade e de desvios, a criação de novos sentidos e de expressão na alteridade.

Por fim, é útil retomar as considerações de Barros e Passos (2000) na proposição do conceito de plano ao invés de campo para o trabalho do cuidado em saúde ao considerar a instabilidade dos elementos e das relações que compõem um plano como plano heterogêneo. Logo, o plano do trabalho de cuidado é irreduzível e não se estabiliza na homogeneidade de disciplina ou campo científico algum, uma vez que ele é composto nos processos e encontros, que produzem incessantemente desvio e mutação.

A noção de plano se presta a trabalhar as constituições e emergências, a partir das quais os diferentes níveis de realidade são construídos. Isto significa que ao invés de partir da separação fundamental entre sujeito, objeto ou sistema teórico ou conceitual que sustentam a prática, tomamo-los como efeitos emergentes do plano de constituição do cuidado.

Considerar esta dimensão processual-constitutiva do plano em que toda realidade se conecta, desarranja inevitavelmente o sistema elementar binário sujeito-objeto. Desarranjo que aparece como efeito da transversalização das atividades técnicas pela dimensão coletiva do plano de forças heteróclitas que atravessam e constituem a realidade. Consequentemente, o trabalho do cuidado em saúde assume a função de acessar, interferir e produzir tal plano coletivo de forças, plano do impessoal, de constituição dos sujeitos, das objetividades dos saberes e também do comum.

Com estes apontamentos, avançamos na proposição do método de 'análise em situação' da transversalização. Passando ao largo do igualitarismo relativista e da simples dissidência, a estratégia de transversalizar tem como foco a abertura dos canais de comunicação entre campos, saberes, grupos diversos. Por isso, toda intervenção criadora ou instituinte deve ser capaz de alcançar, de produzir ou transformar os coeficientes de

transversalidade correspondentes ao lugar de poder real, lugar de influência e perturbação mútua entre psiquismo e sociedade (Guattari, 1981).

Tal abertura em nível dos canais de comunicação e as perturbações intrínsecas a ela fazem frente à cegueira dos grupos fechados em sua condição atual (Guattari, 2004). Não raro, se haver com a finitude e o próprio destino pode se tornar uma atividade difícil, tensa, caótica e angustiante para um grupo, que fica mais confortável conservando sua configuração instituída, seja ela qual for.

Neste âmbito, entendemos que o grupo funciona como intermediário na interface entre psiquismo e sociedade, entre clínica e política. Ele é um simulacro, um processo instabilizável uma vez que sua constituição e exercício não se fundamenta nas semelhanças, mas na dissimilitude e no desvio em relação ao próprio grupo e aos indivíduos-modelos. Por isso, o grupo é considerado o terreno das fronteiras, das passagens e da seletividade (Barros, 2004).

Há uma ressonância entre os modos de operação de uma equipe de cuidadores e dos sujeitos de cuidado sob o prisma da transversalidade. A transversalização se realiza na comunicação entre diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos. Esquemáticamente, a transversalidade tem função de mobilização assentada no reconhecimento da produção da multiplicidade. Com isto, afirma-se que ela sinaliza o trânsito, o movimento e a passagem entre conceitos, práticas e abordagens de diferentes disciplinas ou saberes.

É por esta característica de trânsito que a transversalidade e a grupalidade aparecem estrategicamente na política transversal de humanização e aprimoramento do cuidado ofertado no sistema público de saúde a fim de indicar a inseparabilidade entre gestão e atenção em saúde e operacionalizar as trocas transversalizantes entre ambas (Brasil, 2008).

Da transversalidade à transdisciplinaridade: produção de saúde e subjetivação

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) surge na reiteração que a gestão dos processos de trabalho em saúde é irreduzível à tarefa administrativa e se liga necessariamente às práticas de cuidado e à invenção de sujeitos que as habitam e exercem (Brasil, 2008). No desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), vários sentidos são atribuídos à humanização em diferentes instâncias. Desta forma, a compartimentalização e o isolamento das ações podem redundar em práticas contraditórias, quando não conflitantes, à medida em que se busca a humanização estratificada por procedimentos, por níveis ou por clientela adscrita.

Sob tal aspecto, a humanização fica restrita ao campo do assistencialismo, sob o binômio carência-suprimento, do voluntarismo dos virtuosos e do paternalismo, próximo ao clientelismo e ao aparelhamento da saúde como cabide de barganhas políticas, ou ainda ao terreno do gerenciamento da racionalidade administrativa ou do tecnicismo da denominada 'qualidade total' (Barros & Passos, 2005).

No contexto em que a transversalidade indica o como fazer das tecnologias relacionais que compõem a PNH, ela visa traçar diagonais cujo objetivo é aumentar a comunicabilidade entre gestão e atenção. Tal anseio parte da compreensão de que embora a parte de direito do SUS, seu texto legal, esteja instituído na Constituição Federal, há uma experiência concreta instituinte, que se dá como processo constituinte, de reinvenção e tensionamento do exercício de fato do público no âmbito do funcionamento cotidiano concreto do SUS (Barros & Passos, 2005).

Esta dimensão constituinte expressa o compromisso da assistência com a pactuação das diferentes instâncias do SUS fazendo com que a PNH assuma mais que o direito à saúde, a saúde como valor de uso, efetuado na dinâmica social dos vínculos e trocas entre os sujeitos que se encontram no sistema. Para tanto, é que estimula o protagonismo da população em nível coletivo do controle social e da cogestão, pautando a troca de saberes e o trabalho em equipe a partir das necessidades e desejos que circulam na rede descentralizada de atenção, ela mesma, voltada para corresponsabilização dos diferentes atores que a compõem.

A produção de sujeitos e de saúde é concomitante à invenção de modelos de atenção e de gestão de processos de trabalho humanizados. Isto significa que a humanização busca criar meios de qualificação das práticas sociais de assistência numa dupla face: voltada à cidadania, onde atua na equalização de diferenças que têm efeito negativo na produção de saúde, e para a defesa da vida, no sentido da abertura para a produção de desvios inerente ao viver (Prado, 2017). Com isto, percebemos que produzir saúde é inventar novos sujeitos e uma nova sociedade, percebemos que a construção e o exercício do cuidado humanizado implicam em pautar novos valores para a vida pública.

Logo, a PNH pauta a tradução da saúde não como adequação exterior aos ditames colocados verticalmente, nem a um eixo horizontal que prescinde da atuação profissional e da racionalidade técnica assentada no espontaneísmo do vale-tudo. Enquanto política pública, ela compreende a indissociabilidade entre produção de saúde e de cuidado numa abordagem transversal, baseada na comunicação multivetorial e na intercessão entre os eixos vertical e horizontal (Barros & Passos, 2005).

Na intercessão entre os diferentes atores, saberes e práticas do usuário do serviço matizam e reorganizam as práticas e saberes do profissional, assim como o conhecimento técnico ressignifica práticas sociais cotidianas. Eventualmente, tais trocas em via de mão dupla atuam reativando costumes em desuso em relação à alimentação e aos modos de viver cada sociabilidade localmente, com seus próprios repertórios existenciais, dentre outras práticas dificilmente alocáveis em um campo disciplinar qualquer (Passos & Carvalho, 2015).

Estrategicamente, a PNH organiza-se de acordo com princípios da transversalidade, da inseparabilidade entre atenção e gestão e do implemento do protagonismo, da corresponsabilidade e da autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Seus desafios conceitual e metodológico (Barros & Passos, 2005) são respondidos esquematicamente com seis conceitos enunciados em sua formulação normativa (Brasil, 2008).

A Clínica Ampliada e Compartilhada que, junto ao acolhimento, implica a qualificação da escuta e do diálogo no reconhecimento da legitimidade e singularidade das necessidades de saúde a fim de sustentar relações de confiança, compromisso e vínculo entre serviço e população. A gestão participativa e a cogestão através dos espaços e dispositivos de grupalidade e coletivização. A esses conceitos, soma-se a ambiência, capaz de favorecer a instituição como lugar de encontro, além da valorização do trabalhador e da defesa dos direitos dos usuários.

Neste âmbito é que a PNH busca práticas orgânicas e sustentáveis capazes de propiciar a inclusão dos diferentes atores nos processos indissociáveis de gestão e cuidado técnico, a fim de favorecer arranjos e espaços de cogestão. Ao mesmo tempo, a transversalização entre práticas sociais e institucionais colabora para invenção de diferentes modos de vida e de atuação profissional visando o investimento na capacidade de negociação dos usuários dos serviços.

Em termos da articulação entre gestão, cuidado e avaliação em saúde, propõem-se o método da tríplice inclusão para atualizar os princípios da PNH por meio da lateralização, da análise e gestão dos conflitos e da transversalização. Primeiro, organiza-se para sustentar uma atitude inclusiva, uma composição de diferentes no mesmo plano. Inclui-se pela lateralização num arranjo que produz crises e desterritorializações necessárias à mudança.

Tal tensão não necessariamente é problemática, no sentido de configurar antagonismos que a tomariam como ponto de ser demonizado ou evitada a todo custo. Ao contrário, ao ser colocada como um conflito de forças que coexistem, a tensão assume caráter agonístico, funcionando não como indicativo de guerra, mas de analisador institucional. A pergunta que se segue é 'quais são as implicações em jogo, quais os distintos posicionamentos (colocados) em questão?'

Subsequentemente, a segunda inclusão se caracteriza pela posituação das desestabilizações, das crises institucionais e pontos críticos, enquanto potencial de mudança ocasionados como desdobramentos da lateralização. Inclusão dos analisadores institucionais através da análise e gestão dos conflitos.

Essas duas inclusões propiciam condições para a terceira, a inclusão do coletivo, do comum não enquanto como-um identificável e localizável do que há de homogêneo numa intersecção, mas como regime de composição da heterogeneidade, de comunicação dissonante que potencialmente altera e complexifica os padrões de comunicação nas instituições de saúde.

A questão tecnológica que se abre a partir desta terceira inclusão, a do coletivo é 'como compor uma transversal?' Certamente, há a necessidade de desestabilizar a cultura organizacional em prol de um acréscimo da abertura para a comunicação – ou aumento dos quanta comunicacionais (Guattari, 2004).

Desestabilização dos organogramas verticais e dos arranjos e identificações laterais que implica fazer da equipe multiprofissional mais que uma composição multidisciplinar ou a intersecção interprofissional, mas o franqueamento das fronteiras, o aumento do trânsito entre os distintos campos e da complexidade das relações entre usuários, técnicos e gestores conforme analisado por Passos (2013) e que se traduz na efetivação da abordagem transdisciplinar, distinta tanto da multidisciplinaridade quanto da interdisciplinaridade.

Esquemáticamente, a abordagem multidisciplinar adota o referencial científico da geometrização da realidade (Bachelard, 2005) e com isso compreende o caráter complexo do objeto saúde, como aquilo que tem diversas faces, a serem referidas a sua respectiva competência profissional. Aqui, o aspecto relacional do cuidado não altera a relação entre os saberes, seu sentido ou seu objeto. Consequentemente, a compreensão das tecnologias relacionais acaba restrita ao âmbito do espontaneísmo ou circunscrita à sua caracterização no terreno das tecnologias leve-duras, assentadas em núcleos de práticas e saber já consolidados (Passos, 2013).

Em contrapartida, temos a interdisciplinaridade, que multiplica as caixas de expertise e os enquadramentos do real com a aproximação e intersecção entre os campos profissionais disciplinares. Assentada na ideia de produção do comum enquanto como-um pela instauração de zonas, objetos e/ou métodos de homogeneidade ela se contrapõe à transversalidade enquanto produção comum.

Assumindo que as tecnologias leves permeiam todas as instâncias e níveis do cuidado (Merhy & Franco, 2003), concluímos que deve haver uma aproximação pela distância, desde a qual se conforma um plano comum não a partir da homogeneidade da

intersecção, mas de composição heterogênea, da intercessão, de uma perturbação intercessora gestada na e pela diferença (Deleuze, 1992).

Com isto, Passos (2013, p. 227, grifo do autor) conclui que no lugar da hierarquia e do corporativismo que marcam a cultura institucional no campo da saúde na defesa (alternada) das distintas unidades e homogeneidades (velhas ou novas), a transversalidade reconfigura “[...] o comum com o sentido do ‘como qualquer um’. É a ideia de comum como prática de, para, com, através de qualquer um”.

Desta maneira, o cuidado em saúde é formulado como uma ‘clínica do comum’, caracterizada pela transversal de desterritorialização das linhas de hierarquia e corporativismo que sustentam a exclusividade de saberes, de práticas ou de settings que se pretendem detentores da verdade e da competência para o cuidado em saúde e em saúde mental. O sentido do trabalho de cuidado é assumido, portanto, pela transdisciplinaridade, pela perturbação das intercessões entre as distintas disciplinas que autoriza e legitima uma abordagem transdisciplinar de transversalização das práticas e saberes voltados para os modos de vida e a produção de saúde.

Seguindo a mesma linha de complexidade é que atrelamos a tal definição de clínica comum numa perspectiva transdisciplinar à formulação de Merhy e Franco (2003) de que as tecnologias leves relacionais operam entre, com, junto a toda atividade de cuidado. Por isso, ao cuidar, deve-se assumir um compromisso constante com o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a autonomia e os jogos transferenciais inerentes à produção de cuidado.

Para ambas as perspectivas, transdisciplinar e das tecnologias leves, as dinâmicas relacionais não se restringem ao campo da psicologia (ou mesmo aos campos próximos a ela, do serviço social, terapia ocupacional etc.), não são sua exclusividade. Pelo contrário, sob tal prisma, a psicologia, assim como qualquer outra área e campo do saber, não explica nada sozinha, enquanto prática social ela é que deve se explicar. Logo, surge a interrogação: o que faz, o que pode, como atua a psicologia em nível de núcleo específico e em nível da composição com e entre outras disciplinas?

Neste âmbito, uma variedade de documentos e pesquisas coordenadas nacionalmente têm sido produzidos pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) do Conselho Federal de Psicologia, visando qualificar e fornecer referência técnica para a atuação dos psicólogos em políticas públicas – não apenas relativas ao campo da saúde – contribuindo sobremaneira para reflexão sobre as práticas psi no Brasil. De fato, o cuidado e a invenção em saúde se dão contiguamente, nas intercessões, mediante a perturbação de outros saberes, de elementos e princípios exteriores à psicologia. Por isso, é imprescindível a ultrapassagem das dicotomias individual e social, desdobrada em interioridade psicológica e classe político-econômica, em clínica e saúde coletiva, para articularmos o cuidado com a saúde de cada um ao cuidado com a saúde das populações.

Com a transversalização de práticas sociais e institucionais é que percebemos que a ação de cuidado é clínico-política e deve ser formulada conforme uma abordagem transdisciplinar. Neste sentido é que a Carta da Transdisciplinaridade parte do confronto entre as disciplinas para assumir uma abordagem complementar a elas em prol da emergência do novo – coextensiva à pactuação de uma nova visão da natureza e da realidade – voltada para a articulação e abertura àquilo que as atravessa e as ultrapassa (Nicolescu, 1999).

Uma vez que a produção de saúde e dos modos de vida ultrapassam e atravessam as disciplinas da saúde e da doença, estas devem estar organizadas em rede a partir do

diálogo transdisciplinar entre os diferentes níveis de atenção. Entretanto, não se produz saúde e modos de vida apenas nos dispositivos de saúde, por isto estes devem buscar o contato e as intercessões com os diferentes setores público e privados, compondo espaços e momentos de participação ativa visando a implicação social do/no território capazes de instrumentalizar práticas transdisciplinares da promoção, prevenção, acompanhamento e construção da saúde (Brasil, 2008).

Neste âmbito é que afirmamos uma atitude de composição pela heterogeneidade. 'Compor entre' implica a agregação de proposições diversas e, contudo, capazes de incitar reciprocamente seus termos e de fazer acompanhar a compreensão e o desenvolvimento de estratégias e ferramentas para o manejo das complexas situações que envolvem a produção de saúde e de subjetivação.

Tais estratégias e ferramentas transdisciplinares incluem e fundamentam instrumentos como o Projeto Terapêutico Singular, a consulta compartilhada, a discussão de casos, a interconsulta e o apoio matricial, a fim de abarcar as necessidades e demandas complexas de saúde, irreduzíveis às tecnologias utilizadas por esta ou aquela especialidade. Por isso a transdisciplinaridade implica esforços transdisciplinares criativos e conjuntos, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, materiais e subjetivos articulados para produção de cuidado coextensiva à invenção de sujeitos, do técnico, do gestor, do usuário e de sua rede social significativa.

Considerações finais

A título de finalização, ponderamos que no presente trabalho foi possível debater e colocar em causa o sentido da transversalidade, enquanto corte que conecta as dimensões individual e social, clínico e políticas da produção do cuidado. Com ela, alcançamos a formulação do princípio da transdisciplinaridade para o plano das práticas de cuidado em saúde coletiva que atrelam a produção de saúde à produção de subjetividade.

Apontamos como a noção de transversalidade serve como princípio ético-político de complexificação das práticas sociais do trabalho de cuidado aliando ação teórica e prática como modo de conhecer e intervir na produção da realidade à medida em que a compreende pelo prisma da composição pela diferença. Com isto, propõe um paradigma de intervenção criadora baseada na abertura dos canais de comunicação entre campos, saberes e grupos diversos.

Em seguida, resgatamos alguns pontos da Política Nacional de Humanização do SUS no sentido de reposicionar a produção de subjetividades com a produção de saúde. Uma vez que a produção de saúde se faz nas relações entre os diferentes atores, ela é inseparável da produção de subjetivação que se dá em ato e a atravessa transversalmente. Logo, a produção de subjetividades na relação de cuidado não é restrita à seara da psicologia, mas uma atividade clínica transdisciplinar.

Tomando como princípios a transversalidade e a grupalidade, a PNH assume o desafio conceitual e metodológico da coprodução da gestão e da atenção em saúde em sua face instituinte, comprometida ao mesmo tempo com o exercício de fato do público e com a saúde enquanto valor de uso, expresso nas dinâmicas de vínculos e trocas sociais.

Com isto, ao pautar a humanização do cuidado a partir da construção de valores para a vida pública, a PNH visa uma ressignificação das práticas sociais voltadas para a saúde através da comunicação multivetorial que coloca as tecnologias leves relacionais como articuladoras de todas as instâncias e níveis do cuidado. Logo, a produção comum da transversalidade fornece o sentido do trabalho de cuidado de uma clínica comum, a qual liga a saúde de cada um e de cada uma à saúde de todos como prática clínico-política de,

para, com e através de qualquer um ou qualquer uma.

Sob tal aspecto, observamos que o cuidado em saúde não cabe nas grades explicativas de saber algum e não é necessariamente melhor realizado por um campo disciplinar ou outro e retomamos, por fim, algumas das proposições de éticas de Foucault (1996) para as práticas de produção de subjetivação e sua relação com a política. De fato, é necessário ressaltar a micropolítica das relações sociais na construção das atividades técnicas e de conhecimento, que não são neutras.

Assim, dada a parcialidade e o posicionamento das atividades técnicas e de conhecimento no âmbito do cuidado, no seio destas é preciso se atentar aos atravessamentos transversais com a qual elas interferem nos processos de subjetivação e no seu funcionamento. Isto é, a transversalidade se realiza na micropolítica da produção de referentes, de auto-organização e de singularização no cotidiano institucional, político e social dos sujeitos.

Neste sentido, é importante notar como os fronts de combate e resistência têm se deslocado e ganhado novas zonas – como o reaquecimento recente dos debates acerca de gênero e raça, atravessamentos que ressoam nas interfaces, nos interstícios do cotidiano.

Por conseguinte, a abordagem transdisciplinar se configura como proposta de (realiz)ação política não unitária e não totalizante, que tem como paradigma fazer crescer a ação e o pensamento por proliferação e disjunção em lugar das subdivisões que sustentam o estado de coisas em suas estratificações costumeiras. Por fim, da transversalidade à transdisciplinaridade, apostamos no caráter movente, positivo e múltiplo da diferença que engendra a realidade às unidades, uniformidades dos sistemas de leitura, construção e intervenção sobre a vida.

Referências

- Adorno, T. (1997, 24 de agosto). Carta de Adorno a Marcuse. Frankfurt am Main, 5 de maio de 1969. *Jornal Folha de São Paulo*. Caderno Mais! Recuperado de: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs240818.htm>
- Bachelard, G. (2005). *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro, RJ: Contraponto.
- Barros, R. B. (2004). Institucionalismo e dispositivo grupal. In H. B. C. Rodrigues, & S. Altoé (Org.), *Saúde e loucura 8: análise institucional* (Vol. 8, p. 65-78). São Paulo, SP: Hucitec.
- Barros, R. B., & Passos, E. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>.
- Barros, R. B., & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Brasília, DF.
- Ceccon, R. F., & Meneghel, S. N. (2019). Fascismo de gênero: controle, opressão e exclusão de mulheres. *Revista Psicologia Política*, 19(46), 449-458. Recuperado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000300006&lng=pt&tlng=pt

- Coimbra, C. M. B., & Abreu, A. M. (2018). 1968 na França - 2013 no Brasil: acontecimentos-resistências. *Revista Direito e Práxis*, 9(2), 1100-1121. doi:10.1590/2179-8966/2018/34074
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Deleuze, G. (2018). *Cartas e outros textos*. São Paulo, SP: N-1-Edições.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações (1972-1990)*. São Paulo, SP: Editora 34.
- Dosse, F. (2010). Gilles Deleuze & Félix Guattari: biografia cruzada. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Foucault, M. (1996). O anti-Édipo: uma introdução à vida não fascista. In P. P. Pelbart, & S. Rolnik (Orgs.), *Cadernos de subjetividade* (Número especial sobre Gilles Deleuze). São Paulo, SP: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Estudos de Pós-Graduados da PUC/SP.
- Freud, S. (2011). Psicologia das massas e análise do ego. In S. Freud. *Obras completas* (Vol. 15, p. 13-113). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Guattari, F. (1981). Devir criança, malandro, bicha. In F. Guattari. *Revoluções moleculares: pulsões políticas do desejo*. São Paulo, SP: Editora Brasilense.
- Guattari, F. (2004). A transversalidade. In F. Guattari. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. São Paulo, SP: Ideias e Letras.
- Hur, D. U., & Viana, D. A. (2016). Práticas grupais na esquizoanálise: cartografia, oficina e esquizodrama. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68, 111-125. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000100010
- Lancetti, A. (2000). Síntese metodológica. In A. D. Jatene, A. Lancetti, & S. A. F. Matto. *Saúde loucura: saúde mental e saúde família* (p. 115-120). São Paulo, SP: Hucitec.
- Lopes, E. S., & Romagnoli, R. C. (2018). Transversalidade e esquizoanálise. *Psicologia em Revista*, 24, 915-929. doi: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n3p915-929>
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. *Saúde em Debate*, 27(64), 316-323. Recuperado de: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf
- Nicolescu, B. (1999). *O Manifesto da Transdisciplinaridade* (Lúcia Pereira de Souza, trad.). São Paulo, SP: TRIOM.
- Passos, E. (2013) A construção da clínica comum e as áreas profissionais. In A. A. Capazzolo, S. J. Casetto, & A. O. Henz (Orgs.), *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.

- Passos, E., & Carvalho, Y. M. (2015). A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde e Sociedade, 24*, 92-101. doi 10.1590/S0104-12902015S01008
- Passos, E., & Mizoguchi, D. (2019). *Antifascismo tropical* (Série pandemia). São Paulo, SP: N-1 Edições.
- Pichón-Rivière, E. (2000). *O processo grupal*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Prado, G. A. S. (2017). *A outra forma da loucura: reflexões sobre o enlouquecer como experiência trágica* (Tese de Doutorado). Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- Prado, G. A. S., Lima, C. F., & Xavier, M. P. (2019). A clínica política: experimentação e produção de vida. *Mnemosine, 15*(2), 34-52.
- Ribeiro, D. (2017). *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte, MG: Letramento.
- Romagnoli, R. C. (2019). Sobre a (im)possibilidade de dar voz aos usuários das políticas públicas: reflexões a partir da prática intersetorial. *Educação em Perspectiva, 10*. Recuperado de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/48314/32242>
- Uno, K. (2016). *Guattari confrontações: conversas com Kuniichi Uno e Laymert Garcia dos Santos*. São Paulo, SP: N-1 Edições.

Recebido em 21/09/2020
Aceito em 08/02/2021