



II SERPINF
Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

Cuidado e interdisciplinaridade em saúde

Elida Fluck Pereira Neto*

Sander Machado da Silva**

RESUMO: Na atualidade observa-se uma polissemia conceitual acerca das noções de cuidado, interdisciplinaridade e saúde. As concepções de interdisciplinaridade, integralidade e intersetorialidade constituem, juntas, uma determinada proposta de rede de atenção à saúde, cujo funcionamento é embasado na lógica de diversidade e múltiplas conexões. O cuidado opera, nesse contexto, como fator norteador para convergência destes construtos para produção da saúde. Em outras palavras, num esforço de conjugação das práticas de saúde, a noção de cuidado pode ser compreendida como um eixo transversal nesse campo. Diante desse contexto polissêmico, o presente trabalho tem como objetivo discutir as possíveis relações da tríade cuidado, interdisciplinaridade e saúde a partir de uma leitura crítica de tais conceitos. Destaca-se a inseparabilidade da produção de saúde e da subjetividade, sublinhando a pluralidade de fatores envolvidos. A partir disso, aponta-se a insurgência do pensamento e das ações interdisciplinares e intersetoriais como bases da integralidade. As práticas humanas de cuidado, por sua vez, assumem um papel transversal a partir do qual propomos, em contraponto ao conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (estado de completo bem-estar biopsicossocial), uma adequação relativa e singular dos sujeitos e suas realidades. Consideramos para isso, como contraponto ao conceito, a incidência epistêmica e política da noção de desamparo. Por fim, afirmamos o potencial transformador da interdisciplinaridade enquanto forma de alteridade e convergência para a construção de redes de desenvolvimento humano, não circunscritas apenas ao campo da saúde. Em suma, conclui-se que há uma relação complexa e indissociável entre cuidado, saúde e subjetividade, tanto no plano individual quanto coletivo, mas também em relação às dimensões ética e antropológica destas relações.

Palavras-chave: Cuidado; Interdisciplinaridade; Saúde.

1. Introdução

A noção de cuidado, no âmbito da saúde, atualmente assume posição norteadora das práticas nesse campo (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Contudo, assim como ocorre com o conceito de saúde (SILVA; RAMOS, 2014), se estabelece uma polissemia em torno da noção de cuidado. Ou seja, sua utilização ocorre em diversos sentidos e em relação a diversos processos e dispositivos. Insurgem deste modo, usos indiscriminados do termo, incorrendo no risco de esvaziamento de seu potencial teórico-prático e ético-político.

* Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

A interdisciplinaridade, por sua vez, enquanto lógica dos processos de trabalho das equipes de saúde, também vem sendo amplamente enfatizada neste território. De modo análogo, o conceito de interdisciplinaridade é empregado, muitas vezes, de forma imprecisa e difusa (SILVA; RAMOS, 2014).

Com efeito, a conjugação entre cuidado, saúde e interdisciplinaridade tornou-se um *jogo de verdade* (FOUCAULT, 1971/2003) no cotidiano de equipes de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outras palavras, a utilização de tais conceitos à moda de um mantra, não garante uma qualificação das práticas de saúde, tampouco, denota uma compreensão interna dos mesmos.

Diante deste controverso cenário, o presente trabalho objetiva mapear e discutir as possíveis relações da tríade em pauta – cuidado, interdisciplinaridade e saúde. Nesse sentido, pretende-se desenvolver uma leitura crítica de tais conceitos, confrontando-os em suas divergências e convergências na realidade da atenção à saúde nacional. Isso com vistas a mapear e discutir alguns de seus fundamentos. Para tanto, apresentaremos contribuições advindas da filosofia, sociologia e psicanálise, objetivando realizar uma discussão interdisciplinar.

2. O cuidado e seus estatutos

Os esforços de convergência entre o princípio da integralidade (BRASIL, 1990), a formação em saúde (ROSITO; LOTERIO, 2012) e as políticas de humanização em saúde (PNH) (BRASIL, 2004) resultam em um *continuum* destes eixos. Contudo, para que esta integração ocorra, faz-se necessário um fio condutor de caráter transversal. Precisamente nesse sentido, a noção de *cuidado* passa a ocupar uma posição estratégica na formação e no trabalho em saúde (CECCIM, 2010). É importante ressaltar, que esta lógica não se limita às práticas de assistência aos usuários do SUS, mas localiza-se também na esfera da subjetivação dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, as formulações de Askofare (2006) quanto à função e transmissão de cuidados na experiência humana, se fazem pertinentes. A esse respeito, observa-nos uma construção histórica partindo do modelo das antigas civilizações gregas, egípcias, orientais e ainda outras, nas quais os cuidados à saúde eram exercícios de direito dos sacerdotes ou xamãs. Isto em devida conformidade com a concepção de mundo mágico-religiosa vigente nessas sociedades.



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

Contudo, ainda segundo o mesmo autor (ASKOFARE, 2006), a ausência de uma referência religiosa universal na Grécia Antiga, isto é, a inexistência de uma ortodoxia tida como verdade única; somada à emergência da filosofia natural, particularidades do governo da *pólis* e educação sofisticada viabilizou a instauração da tradição racionalista e a crítica sistemática da concepção mágico-religiosa. Nesse contexto, o surgimento da medicina hipocrática proporciona uma viragem nas práticas de cuidado, gerando por meio dos conhecimentos da anatomia e fisiologia nascentes, uma mudança na noção de causalidade. Opera-se ainda uma laicização das práticas destinadas à saúde.

Entretanto, a medicina permaneceu sendo, na concepção dos gregos, uma forma de arte, a *arte médica*. Nesse sentido, tanto Sócrates quanto Platão realizaram sua crítica aos mestres sofistas, os quais transmitiam conhecimentos dos quais não possuíam uma práxis. Entretanto, justo a formação médica nesta época manteve-se como uma arte que só poderia ser transmitida por quem possui a prática clínica (GOTTSHALL, 2007).

Mesmo em sua reconhecida herança dos gregos, a ciência moderna agenciou uma ruptura em seu modelo (BIRMAN, 2007). O sujeito da ciência cartesiana voltou-se energicamente ao tecnicismo em detrimento dos seus processos de subjetivação. O paradigma disciplinar e normativo agenciado através de jogos de verdade do discurso científico resulta, no campo da saúde, em intervenções polêmicas do ponto de vista ético-político. Isto principalmente no que diz respeito à medicalização e industrialização da saúde. Em outras palavras, é nesse contexto que a *biopolítica* e o *biopoder* constituíram-se como estratégias de controle na produção das subjetividades (FOUCAULT, 1978-79/2008; BIRMAN, 2009).

A presente discussão acerca das relações entre o conceito de saúde, a humanização e a subjetivação, processos alinhados com a função de cuidado, reporta-nos à noção de *cuidado de si* postulada por Foucault (1984/1988). Esse conceito, surgido do prolongamento da temática da governamentalidade, remete, a partir da análise do governo exercido pelos outros (Estado e suas instituições), às questões do governo de si. Dessa forma, coloca em evidência as relações do sujeito consigo mesmo como possibilidade de determinadas formas de relacionar-se com os outros.

Para fundamentar esta discussão, Foucault (1978-79/2008) parte do *ethos* do mundo greco-romano, no qual o exercício do governo e as relações com os outros estariam diretamente relacionados às práticas de si. Práticas concernentes às esferas política, pedagógica, assim como, voltadas à dimensão corpórea e do autoconhecimento. Com efeito, insurge uma ética fundada no trabalho contínuo sobre si, via de criação e



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

reconhecimento dos espaços pertinentes ao Eu e aos Outros. Desenvolve-se nesse sentido, uma *estética da existência* a partir da qual os sujeitos fariam de sua própria vida uma obra, fundamentando-a em critérios de estilo de seus processos singulares de subjetivação (BERNARDES, 2012).

Nesta perspectiva, os processos de subjetivação estariam diretamente conjugados às práticas de cuidado. Contudo, afirmamos isto não só através lógica do cuidado de si, mas a partir do campo mais abrangente das práticas humanas de compartilhamento e transmissão de cuidados (FIGUEIREDO, 2012).

Tendo este escopo como base, Figueiredo (2012) formula uma *teoria geral do cuidado* com vistas à integração entre cuidado e saúde desde a ótica da psicanálise. Postula, nesse sentido, duas posições básicas ocupadas pelo agente cuidador: *presença implicada* e *presença reservada* (FIGUEIREDO, 2007; 2012). Nessa abordagem, o agente promotor de cuidados seria todo aquele que se ocupa de tal função em suas mais diversas manifestações, sejam os pais, educadores, profissionais de saúde, colegas etc.

De forma sintética, a presença implicada pode ser descrita como pertencendo ao âmbito das intervenções de *sustentação* e *continência* das demandas de cuidado insurgentes. Ela comporta também a atitude de reconhecimento e “espelhamento” da singularidade do sujeito para o mesmo, promovendo sua capacidade de integração enquanto sujeito. Já a presença reservada reporta-se à possibilidade de *espera* e *aposta* no sujeito. Por essa via, a singularidade temporal dos processos individuais de desenvolvimento é entendida e acolhida, para que assim, os investimentos neste sejam operados de forma não invasiva. O equilíbrio dinâmico entre essas posições, constituiria uma via possível na produção de saúde através dos atos de cuidar (FIGUEIREDO, 2007; 2012).

Conforme esse percurso teórico, a noção de cuidado é conjugada às ocupações e às preocupações de cuidados recíprocos, destacando-se sua dimensão ética. Isto na medida em que implica habitar e compartilhar, ou seja, receber e transmitir o universo humano. Em sua dialética de alteridade e reciprocidade, as práticas humanas de cuidado agenciariam uma inserção criativa na vida cultural e institucional (FIGUEIREDO, 2012).

É possível reconhecer, na dinâmica dessas possíveis posições do agente cuidador e também na formulação do conceito de cuidado acima descrita, a presença do princípio de integralidade (BRASIL, 1990). Isto na medida em que considera a multiplicidade de dimensões, atores e ações relativas ao cuidado na produção de saúde. Observa-se ainda



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

uma nítida relação entre saúde e cuidado como fundamento essencial para o exercício da cidadania, conforme proposto na Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990).

A respeito deste trânsito contínuo das práticas de cuidado no plano da cultura e na especificidade do âmbito da saúde, acompanhemos as palavras de Pinheiro (2008):

O cuidado como ato resulta na prática do cuidar, que, ao ser exercida por um cidadão, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade [...] O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição. [...] Além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro (PAG. 111)

Para não concluir essa breve discussão acerca do cuidado, destacamos a relação deste com o princípio de integralidade enquanto seu fundamento ético-político. Por seu turno, a integralidade será a condição de possibilidade da prática interdisciplinar em saúde. Isto decorre do fato dela evidenciar a pluralidade inerente aos sujeitos, aos processos de saúde-doença e às práticas de cuidado. Demandando com isso, campos diversos de formação e intervenção que dialoguem constantemente entre si. Daí a inserção enfática do pensamento e das práticas interdisciplinares.

3. Saúde e subjetividade

A partir do percurso teórico de Foucault, Benevides e Passos (2005), articulam noções como governamentalidade, Estado e política na criação da PNH. Utilizam tais categorias conceituais, principalmente, em torno das problemáticas da atenção e gestão em saúde no SUS. Por essa via, pontuam uma *inseparabilidade* dentre os processos de produção de saúde e produção de subjetividade.

Conforme insinuado acima, as práticas humanas de cuidado desempenham uma função *transversal* entre os indivíduos e a sociedade, incluindo-se aí, o campo da saúde. Lógica da qual se originou o discurso da Saúde Coletiva, isto é, conforme o paradigma dos *determinantes sociais da saúde* e do entendimento da saúde enquanto um direito e uma forma de exercer cidadania. É precisamente dessa inseparabilidade dos múltiplos fatores e dimensões pertinentes que as mesmas autoras (BENEVIDES; PASSOS, 2005) operam na construção da PNH.



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

Historicamente, contudo, esta é uma concepção muito recente. A respeito disso e da complexidade do conceito de saúde, é preciso situar a saúde enquanto uma noção altamente variável no tempo e no espaço. Em razão disso, insurgiu uma *antropologia da saúde* enquanto um esforço de contextualização cultural da saúde frente à diversidade do fenômeno humano. Esta visão mais complexa da saúde, embora incipiente em alguns momentos da história, foi efetivamente enunciada apenas na metade do século XX, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde então, esse modelo coexiste, em maior ou menor grau, com a tradição que o antecede e, ainda, com as derivações atualizadas desta. A esta tradição dá-se o nome de *modelo biomédico* (CRUZ, 2011).

O modelo tradicional ou biomédico de saúde centra-se na pesquisa e manejo dos estados que categoriza como sendo anormais, normais e patológicos. Para realizar tal classificação, emprega a *norma* enquanto parâmetro fundamental (BIRMAN, 2006). Daí a visão normativa da saúde e, por extensão, do tecido social.

Nesse contexto, Foucault (1978-79/2004) afirma-nos que a saúde passou a ser circunscrita aos âmbitos do saber e do poder através do discurso da *biopolítica*. Isto na medida em que o interesse de expansão dos Estados dependeria da capacidade produtiva de sua população. Deste modo, a *qualidade de vida* entrou na agenda governamental e tornou-se sua palavra de ordem (FOUCAULT, 1978-79[2004]).

O corpo tornou-se o sítio privilegiado das intervenções do poder disciplinar. Tencionando situar o corpo, uma série de dispositivos e jogos de verdade se estabeleceram no sentido da legitimação do discurso biopolítico (FOUCAULT, 1978-79/2008). Efetivou-se com isso, uma política baseada no manejo insistente e infinito das fontes de vida que tenciona regular os laços sociais e aumentar a produção de riquezas. Daí a biopolítica enquanto discurso implicado na produção e gestão das subjetividades (FOUCAULT, 1978-79[2008]; BIRMAN, 2009).

Na modernidade, as figuras do louco e do criminoso (FOUCAULT, 1961/2000; 1975/2000) tornaram-se os objetos privilegiados da intervenção do biopoder. Justo em torno dessas intervenções reguladoras e higienistas promovidas pelo Estado, é que Goffman (1961/1996) elabora seu clássico “*Manicômios, prisões e conventos*” no terreno específico das *instituições totais*. Ele pontua na dinâmica destas, processos de alienação e dominação que resultariam na “*morte civil*” dos internos.

Em consonância com esse raciocínio sobre as formas de subjugação justificadas dos pontos de vista científico, religioso e político, foram operadas análises críticas dos modelos sanitários. Modelos que, recorrentemente, baseados em dados demográficos e



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

epidemiológicos, objetivavam uma normalização das populações urbanas (BIRMAN, 2006).

Na atualidade, mesmo após a incidência de tais críticas e a formulação do conceito ampliado de saúde da OMS – a saber, de completo bem-estar biopsicossocial e não só ausência de doenças (OMS, 1948) – a biopolítica encontra-se vigente (BIRMAN, 2006). Mais do que isso, é possível observar sua potencialização e radicalização. Dentre suas manifestações atuais, se destacam as tecnologias reprodutivas, os transgênicos, a onipresença das neurociências, o uso massivo da psicofarmacologia, de intervenções estéticas e de terapias alternativas em nosso cotidiano. Tudo isso e muito mais na busca frenética pelo dito estado de completo bem-estar e/ou qualidade de vida.

A principal crítica ao conceito de saúde da OMS reside precisamente em torno do dito estado de completo bem-estar (SEGRE, 1997; SILVA; RAMOS, 2014). De um lado, tratar-se-ia de um ideal inatingível, e de outro, poderia ser utilizado para sustentar intervenções questionáveis do Estado em nome da qualidade de vida.

Silva e Ramos (2014) apontam que a criação da OMS e de seu conceito de saúde visavam ser uma forma de resposta ao impacto destrutivo das guerras mundiais. Nesse sentido, o conceito de saúde da OMS seria o operador de um projeto ético-político para transformar o traumatismo infligido na sociedade humana em seu contrário. Ou seja, substituindo o absoluto mal-estar (efeito da desumanização incidente), pelo estado ideal de completo bem-estar biopsicossocial.

Freud (1930/2006) em sua crítica da modernidade, no período entre a primeira e a segunda Guerras Mundiais, situa o mal-estar de nossa civilização na condição humana de desamparo. Em linhas gerais, pontua nossa interdependência no laço social e, ao mesmo tempo, uma série de restrições e conflitos decorrentes da vida coletiva. Dentre estes, se destacam a gestão do erotismo e da agressividade humanas.

O processo civilizatório promoveria um deslocamento do estado de natureza em direção à cultura. Esta última proporcionaria, além dos benefícios do convívio social, proteção e controle em relação às forças da natureza. Isto ocorreria conforme os avanços da ciência. No entanto, o condicionamento da natureza seria sempre incompleto e a tecnologia criada para esses fins, passaria a ser empregada de formas destrutivas. Além disso, no campo social permaneceríamos expostos às frustrações, principalmente no âmbito da vida amorosa (no sentido amplo do termo). Por fim e não menos relevante, os tributos exigidos aos sujeitos pela civilização resultariam em um empobrecimento das subjetividades (FREUD, 1930/2006; BIRMAN, 2007).



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

Em suma, diversos fatores colocariam os sujeitos diante de sua incompletude e imperfeição, implicando na necessidade da vida coletiva. Porém, como dito, essa seria também uma fonte de mal-estar. Bem entendido, o mal-estar varia no tempo e espaço de acordo com o laço social estabelecido e com as estratégias de gestão do desamparo de cada cultura (BIRMAN, 2007). Nesse contexto teórico é que Freud postula o desamparo como condição intransponível: em sua crítica da modernidade, ou melhor, do *ideal modernista* historicamente construído pelo Ocidente, sinaliza a persistência de um mal-estar. Na pós-modernidade, o mal-estar se mantém, apenas assumindo novas roupagens. Em última instância, seríamos infinitamente desafiados a lidar de forma criativa com a incompletude e finitude inerentes a experiência humana.

É preciso ressaltar disso tudo, o fundamento dessa concepção nos primórdios da experiência humana. A prole humana nasce em uma condição de absoluto desamparo e, em razão disso, necessita que outro sujeito invista em seus cuidados vitais para efetivar sua sobrevivência. A título de síntese, a subjetividade humana seria atravessada então, pela marca da alteridade, fundando-se nas relações intersubjetivas. No universo dessas relações, os indivíduos se ocupariam (recebendo e transmitindo) determinadas funções e posições, dentre essas, a *função cuidado* na dinâmica de suas posições *implicada* e *reservada* (FIGUEIREDO, 2007; 2012). Com efeito, a limitação de nossa condição “bio-lógica” em si mesma, já constituiria a base para nossa existência coletiva que, sob a égide da alteridade, estabeleceria os seus critérios éticos e estéticos (sensíveis).

Concluí-se disso tudo que foi exposto: (a) existência de uma relação complexa e indissociável entre cuidado, saúde e subjetividade, tanto no plano individual quanto coletivo. Incluindo-se aí, a dimensão ética e antropológica desses processos. E ainda, (b) a incidência epistêmica e política da noção de desamparo como contraponto ao suposto estado de completo bem-estar biopsicossocial. Em consonância com esses apontamentos, acrescentamos a formulação de SEGRE (1997) “*não se poderá dizer que a saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?*” (p.352).

4. Diversidade e redes

Os processos de saúde-doença passaram a ser compreendidos de maneira mais complexa e a noção de cuidado ser efetivamente introduzida nesse contexto, em grande parte, deve-se à emergência do olhar *interdisciplinar* nesse cenário. As intervenções das



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

ciências humanas na discussão sobre os múltiplos determinantes da saúde foram a condição de possibilidade para o remanejamento epistemológico da saúde. Isto porque vieram a considerar seus fatores plurais de forma *integrada*.

Previamente, o entendimento e a operacionalização da saúde ocorriam de acordo com os conhecimentos especializados acerca de um fragmento específico do processo de saúde-doença, situado no organismo do paciente. Programa que, vale dizer, prevalece em maior ou menor grau, na atualidade. Privilegiou-se por essa via, o registro anatomo-patológico e o *corpo* esvaziou-se enquanto uma construção subjetiva, sendo resumido ao *organismo* enfermo.

A integralidade enquanto princípio de direito à saúde e de exercício de cidadania (PINHEIRO, 2008) operou uma inflexão no modelo biomédico acima descrito. Em sua “*definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema*” (PINHEIRO, 2008, p.111). Sendo assim, somente pode materializar-se através dos dispositivos interdisciplinares e intersetoriais.

Acerca das ações intersetoriais, destacamos sua implicação no reconhecimento e formação de redes integradas em torno dos determinantes sociais da saúde, tais como, educação, segurança, meio ambiente, trabalho, lazer etc. Esta integração corresponde aos níveis de planejamento, realização e avaliação das políticas sociais pelos diferentes setores acerca das problemáticas das populações (JUNQUEIRA, 2004). Incluímos nesse sentido, as noções de território e de direitos sociais (JUNQUEIRA, 2004). Objetiva-se atingir deste modo, uma articulação sinérgica entre distintos saberes e experiências no sentido da promoção de uma mudança de cultura organizacional.

No tocante à interdisciplinaridade, faz-se necessário diferenciá-la devidamente da *multidisciplinaridade* e da *multiprofissionalidade*. Esta última categoria refere-se à constituição das equipes de assistência e/ou gestão. Por sua vez, a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade reportam-se a possíveis lógicas de trabalho de tais equipes. A segunda destas diz respeito à justaposição das diferentes disciplinas em relação ao mesmo objeto, sem necessariamente estabelecer diálogo e complementaridade efetivas dentre os diferentes saberes (MINAYO, 2010).

Em contrapartida, a interdisciplinaridade possui como seu fundamento essencial a efetivação de tais aspectos. Não só nos debates teóricos, mas principalmente na prática cotidiana, a delimitação das fronteiras e a integração dos diferentes saberes é fonte de



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

controvérsias e intrincadas discussões. Nesse cenário altamente complexo, a noção de *transdisciplinaridade* insurge no sentido da criação de novas epistemologias e saberes.

Diante dessas problemáticas, a interdisciplinaridade pode ser conceituada em relação aos significantes da *alteridade* e da *convergência*. Considerando-se a especificidade das distintas formações em saúde, cada núcleo profissional pode ser situado como *estrangeiro* em relação aos demais. Ideia que pauta a delimitação do território de intervenção de cada núcleo e aponta a complexidade do diálogo entre, digamos assim, falantes de diferentes idiomas (SILVA; RAMOS, 2014). Em função disso, destaca-se a necessidade de uma linguagem *transversal* e abrangente no campo da saúde, paralelamente, à existência de dialetos específicos. Deste modo, se instalaria uma alteridade (reconhecimento das diferenças) e a convergência no cuidado em saúde.

Esta concepção de interdisciplinaridade somada às noções de integralidade e intersetorialidade constitui um determinado *arranjo* da rede de atenção à saúde sob a lógica de sua diversidade e múltiplas conexões. O cuidado opera nesse contexto, como o fio condutor para convergência interdisciplinar e intersetorial para produção da saúde. Justo nesse sentido, partimos da premissa de que o cuidado tratava-se de um conceito norteador das práticas em saúde.

5. Considerações finais

Sinalizamos como uma significativa limitação do presente trabalho, sua concisão na abordagem de diversas e complexas temáticas, em decorrência do espaço textual de um artigo. Contudo, a discussão presta-se efetivamente ao mapeamento e apontamento da *diversidade* de vetores e dimensões inerentes aos tópicos subscritos em seu título. Bem entendido, outros enfoques e distintas leituras podem e devem ser operadas nas discussões afins. Na medida do possível, delineamos algumas de suas linhas de fuga e pontos de intersecção.

Precisamente neste esforço de conjugação justifica-se a relevância do artigo. Em suma, situou-se a inseparabilidade entre os processos de produção de saúde e produção de subjetividade, sublinhando a pluralidade de fatores envolvidos. Daí a insurgência do pensamento e das ações interdisciplinares e intersetoriais como bases de sustentação da integralidade. Nesse contexto, delineamos o papel transversal das práticas humanas de cuidado e, em contraponto ao conceito de saúde da OMS, propomos uma adequação relativa e singular entre os sujeitos e suas realidades particulares. Enfim, afirmamos a



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

potencialidade da interdisciplinaridade enquanto forma de alteridade e convergência, não só no campo da saúde, mas para a construção de redes de desenvolvimento humano em geral.

Referências

ASKOFARE, S. A arqueologia do cuidado: da prática ao discurso. *Psicologia USP*, 17(2), 157-166, 2006.

BAUMAN, Z. **O Mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BIRMAN, J. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

_____. **Cadernos do mal**: agressividade, violência e crueldade. Rio de Janeiro: Record, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: MS, 2004.

BERNARDES, A. G. Potências no campo da saúde: o cuidado como experiência ética, política e estética. *Barbarói*, 36(1), 175-190, 2012.

CECCIM, R. B. Prefácio. In: A. P. FAJARDO; C. M. F. ROCHA; V. L. PASSINI. (Orgs.) *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 17-22, 2010.

CRUZ, M.M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: V. R. Gondim W. V. Mendes Junior (Orgs). *Qualificação dos Gestores do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; p.21-33 2011. p.21-33.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13-30, 2007.

_____. Cuidado e saúde: uma visão integrada. *Alter Revista de Estudos Psicanalíticos*, 29(2), 11-29, 2012.

FOUCAULT, M. **História da loucura** (1961). São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Nascimento da clínica** (1963). Rio de Janeiro Editora Forense, 1980.

_____. **Ditos e escritos**. Estratégia poder-saber (1971). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

- _____. **Vigiar e punir** (1975). Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2000.
- _____. **O nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-79). São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- _____. **A história da sexualidade**. Cuidado de si (1984). Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FREUD, S. ([1929]1930). *O Mal-estar da Civilização*. In: J. Strachey (Trad. & Ed.) Edição *Standard* Brasileira das **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, vol. XXI.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, conventos e prisões** (1961). São Paulo: Editora Perspectiva, 1996.
- GOTTSCHALL, C. **Medicina hipocrática**: antes, durante e depois. Porto Alegre: Stampa, 2007.
- JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade* vol,13, n.1, p.25-36, 2004.
- MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Salvador: EdUFBA, 2009.
- MINAYO, M. C. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Emancipação*, v. 10, n. 1, p. 435-442, 2010.
- PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde* (2ªEd.). In: I. B. Pereira e J. C. F. Lima (Orgs). Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- ROSITO, M. M. B.; LOTERIO, M. G. Formação do profissional em saúde: uma recusa ao esvaziamento de essência do cuidado humano. *Educação e Realidade*, 37(1), 125-142, 2012.
- SEGRE, M. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, vol. 31, n.5, p.538-542, 1997.
- SILVA, S. M.; RAMOS, M. Z. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, vol.24, n3, jul/set, 2014.