

# Autonomia em conexão com a autogestão

Clarissa Resende  
Batistela<sup>1</sup>  
Maria Zeneide  
Monteiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga pela Unesp (Assis), psicoterapeuta reichiana pelo Instituto Sedes Sapientiae, com aprimoramento em saúde coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretária de Saúde do Estado de São Paulo e pós-graduanda em Análise Bioenergética pela Sociedade Brasileira de Bioenergética (Sobab). E-mail: [sobab@uol.com.br](mailto:sobab@uol.com.br)

<sup>2</sup> Psicóloga, esquizoanalista, psicoterapeuta reichiana, analista institucional, analista bioenergética, supervisora e *local trainnr* da Sociedade Brasileira de Análise Bioenergética (Sobab), membro didata do Taller de Estudios y Análisis *Bioenergético* (Teab), em Montevideu, consultora especialista do Projeto Educação com Arte: Oficinas Culturais, do Centro de Estudos e Pesquisa em Educação, Cultura e Ação Comunitária (Cenpec). E-mail: [sobab@uol.com.br](mailto:sobab@uol.com.br)

**Resumo:** Este artigo tem o objetivo de introduzir e problematizar os conceitos de autonomia, autorregulação e autogestão analisando seus efeitos na produção de políticas e práticas de saúde pública. A partir disso, o desafio é conectar os sujeitos de forma ativa para criação de novas práticas de saúde, acreditando potencializar a produção coletiva ao utilizar esses conceitos por meio de uma perspectiva ética-estética-política. Afirmamos assim a criação de modos de vida por meio dos encontros, ação que é coletiva na construção do bem comum, na produção do público.

**Palavras-Chave:** autonomia; produção coletiva; saúde; subjetividade

## Autonomy in connection with Self management

**Abstract:** The purpose of this article is to introduce and questioning the autonomy, self regulation, self care concepts analyzing its effects in witch regards to politic productions and public health practices. From this point, the challenge is to connect the subjects in active way in order to create new health practices, believing strengthening the collective production when utilizing this concepts through an ethical, aesthetic and political vision. By this way we confirm *modus* of life creation through meetings, which is a collective action construction well being in the public production.

**Keywords:** autonomy; collective production; health; subjectivity

### Introdução

Este artigo se propõe introduzir e problematizar os conceitos de autonomia, autorregulação e autogestão apostando em seus efeitos potencializadores em práticas e políticas de saúde pública. Ao articular tais conceitos, procuramos afirmar o coletivo, alvo e protagonista das ações, assim como práticas e sujeitos que se constituem e produzem a saúde coletiva como política pública.

Segundo Teixeira (2001, p. 57), falamos na:

[...] saúde como um estado global de equilíbrio instável de diversos elementos conectados: corpos, ações, sensações, sintomas, sinais, signos, técnicas, elementos naturais e dispositivos os mais variados, que se reorganizam continuamente, na busca de um estado de saúde que jamais se estabiliza. Ponto de equilíbrio móvel, fugidio: reinvenção permanente da (ideia de) saúde.



As práticas hegemônicas em saúde são o que Deleuze chama de a “gorda saúde dominante” – o superinvestimento no corpo, que se molda às normas da cultura do espetáculo, conforme o modelo das celebridades; procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos que levam à formação de bioidentidades por meio das modernas práticas de bioascese. Apoiando-se em Ortega (2002), Pelbart (2006) concebe as práticas de bioascese como um cuidado de si, mas diferentemente dos antigos, cujo cuidado de si visava à bela vida, que Foucault chamou de estética da existência – o cuidado dominante visa o próprio corpo, sua longevidade, saúde, beleza, boa forma, felicidade científica e estética. Ortega (2003, p. 65) diz ainda:

As modernas ascèses corporais, as bioascèses, reproduzem no foco subjetivo as regras da biossociabilidade, enfatizando-se os procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos na construção das identidades pessoais, das bioidentidades. Trata-se da formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna. Uma característica fundamental dessa atividade é a autoperitagem. O eu que se pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade (Ortega, 2003, p. 65).

O modo de individualização capitalístico vai produzir indivíduos serializados, interiorizados, aprisionados a um “eu” indentitário, engendrando assim “vazios existenciais” que são apaziguados por ofertas de inclusão por meio do consumo não apenas de produtos, mas também de modos de vida.

A aposta aqui é, portanto, analisar e re/potencializar o sentido de autonomia ligada à autogestão como práticas de si e de liberdade, pensando sua produção no coletivo por meio da invenção de modos de vidas singulares.

## Passeio pelo conceito de autonomia

Repensar o conceito de autonomia impõe colocar em análise suas definições e seus efeitos. Os intercessores aqui são Wilhelm Reich (1981; 1995), Francisco Ortega (2003; 2008) e André do Eirado e Eduardo Passos (2004), pois acreditamos que esses autores permitem pensar a autonomia como expressão social em sua implicação ético-estético-política. Afirmamos assim a criação de modos de vida por meio de encontros, ação que é coletiva na construção do bem comum, na produção do *público*.

Segundo Eirado e Passos (2004, p. 79), “Autonomia significa antes de tudo autocriação, autopoiese: diferença entre aquilo que é construído por outro e aquilo que se constrói a si mesmo”. Esse conceito vem se contrapor à ideia de autonomia que está ligada ao que é legislado fora do sujeito, o que já está dado, produzindo constrangimento e enfraquecimento do ser.

Conceituar a autonomia como processo do viver que se cria e cria mundo ao mesmo tempo é colocar esse processo na imanência da vida e da criação. Segundo Eirado e Passos (2004, p. 78):

A vida é criação e conhecer é um ato de poiesis. O vivo é, portanto, o domínio da autonomia por excelência, já que sua existência se define e constrói a partir de um ato pragmático – ato a um só tempo criador e cognitivo daquele que vive/conhece e do mundo vivido/conhecido.



A palavra *autonomia* é composta do prefixo *auto*, que quer dizer o próprio, si mesmo, e de *nomos*, que quer dizer lei ou norma. Assim, autonomia é dar-se a si mesmo suas próprias regras, por oposição a *heteronomia*, que fala do estado daquele que é regrado, determinado por outro (Eirado; Passos, 2004, p. 78).

Relacionar o conceito de autonomia à autopoiese é colocar as práticas de si como práticas políticas, criando realidades e mundo. É uma atitude política implícita na criação de singularidades, pois rompe o sistema de saber/poder (Eirado; Passos, 2004). Como afirma Foucault (2005, p. 59): “O cuidado de si aparece, portanto, intrinsecamente ligado a ‘um serviço de alma’ que comporta a possibilidade de um jogo de trocas com outro e de um sistema de obrigações recíprocas”.

O cuidado de si é o compromisso do sujeito com suas práticas cotidianas, ou seja, sua atitude no mundo em que vive; mundo que constrói e em que se constrói. Com isso, podem-se afirmar as diferenças, pois é no encontro com o outro que se ensinam a afirmação, a expansão e a criação de novos territórios existenciais. Produz-se, assim, uma estética da existência, sempre inseparável da ética, legislando a si próprio nas relações e criando modos de vidas singulares.

Nesse sentido, afirma Deleuze (2000, p. 123): “trata-se de regras facultativas que produzem existência como obra de arte, regras ao mesmo tempo éticas e estéticas que constituem modos de existências ou estilos de vida”.

Para Wilhelm Reich, segundo Câmara (2006), a autonomia é definida como autorregulação,<sup>2</sup> princípio que atravessa todas as perspectivas do pensamento reichiano, seja na clínica, quando formula o objetivo terapêutico de retirar a energia das inibições morais liberando os fluxos de energia vital, seja na perspectiva política, quando acredita na possibilidade da autorregulação social.

Analisando o conceito de autorregulação em Reich, Câmara afirma:

O psicossoma, ou unidade funcional psique-soma, pulsa energeticamente e possui uma força imanente de autorregulação. Esta pode ser observada por meio de sua principal função: autonomia pessoal. O corpo, para Reich, é essencialmente energético, o movimento de energia é responsável pela pulsação da vida. Vida cuja função intrínseca é a da autorregulação. O corpo é a unidade biopsíquica constituída de núcleo, membrana e campo energético; se esse corpo se autorregula e se alia a outros corpos, teríamos alcançado uma pré-condição para a autogestão social (2006, p. 31).

Reich recuperou completamente a perspectiva marxista do socialismo: abolição do trabalho assalariado e de toda forma de trabalho alienado, colocando no centro de seu projeto político da democracia do trabalho o princípio de autogestão, que surge como prolongamento do princípio de autorregulação no plano econômico-social. Reich afirmou um corpo político capaz de atingir a autogestão social, para além das malhas sociais e históricas que o atravessam, concretizando a relação entre corpo-mente-energia-sociedade-meio. Retomando Câmara (2000, p. 28):

[...] indivíduos autorregulados, sem couraças rígidas, buscariam trabalhar com o que fosse vitalmente necessário à sociedade e, ao fazê-lo, constituiriam uma sociedade de trabalhadores. [...] Viver sem medo da liberdade e em regime de autogestão social seriam os seus princípios.

<sup>2</sup> “O princípio da autorregulação aparece na obra reichiana em diferentes mas homólogos ‘conceitos’ como autorregulação biológica, autorregulação natural, autorregulação libidinal, amor natural e potência orgástica, vinculados às expressões do discurso reichiano como ‘vivente’, ‘vital’, ‘biológico’, ‘vegetativo’, ‘sexual’, ‘orgástico’; e a liberação da energia vital permeia todos esses conceitos” (Dadoun, 1991, p. 35).



Dessa maneira, os sentidos dados por esses autores ao conceito de autonomia nos contam de práticas sociais inseparáveis da implicação dos sujeitos e de suas comunidades na transvaloração e na produção de novos valores e modos de vida, desviando de normas estabelecidas *a priori* pelos mecanismos de poder. Ao contrário da lógica capitalista, pensada nesses termos, a autonomia se torna uma ferramenta conceitual para a desnaturalização dos modelos hegemônicos de saúde e dos modos de viver, criando outras possibilidades. Mais uma vez, trata-se da autonomia como implicação e compromisso com a vida.

### Efeitos dos modos de subjetivação nas práticas de saúde

Pensar a autonomia e sua articulação com as práticas de saúde inclui descrever os processos de representações sociais, conceitos, valores, modos de vida, culturas, histórias, identidades, transformações, enfim, tudo o que é produzido por uma sociedade, por um grupo, por um indivíduo, isto é, considerar os modos de subjetivação que se constituem a todo momento e abrem espaço para a criação de novas subjetividades, pois a produção de subjetividade é a matéria-prima de toda e qualquer produção (Guattari; Rolnik, 2005, p. 28). Os processos de subjetivação podem produzir modos de existência hegemônicos ou de existências singulares:

O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo processos que eu chamaria de singularização (Guattari; Rolnik, 2005, p. 33).

As formas hegemônicas de poder criadas pelo capitalismo contemporâneo, designadas por Deleuze (2000) como sociedade de controle, apropriaram-se das subjetividades de forma inusitada, produzindo mecanismos sutis de controle e modos hegemônicos de produção de subjetivação (modulação), além da disciplinarização como Foucault (1987) a concebia. Esse modo dominante de produção de subjetividades atravessa todas as classes sociais, criando modos de vida a ser consumidos, naturalizando formas de existências, construindo verdades e provocando nos corpos efeitos normalizadores e individualizantes. Assim, o que se vê é a privatização de modos de existir que levam à introjeção do autocontrole e, conseqüentemente, a noção de “responsabilidades” e “erros”, culpabilizando os sujeitos:

A noção de responsabilidade individuada é uma noção tardia, assim como as noções de erro e de culpabilidade interiorizada. Num certo momento, se assistiu a um confinamento generalizado das subjetividades, a uma separação de espaços sociais e a uma ruptura de todos antigos modos de dependência (Guattari; Rolnik, 2005, p. 35).

Pode-se dizer que Reich se preocupou com os processos de produção dos corpos em toda a sua obra, principalmente na sua teoria da formação do caráter.<sup>3</sup> Ele acreditava que as estruturas de poder e suas

<sup>3</sup> “Concebemos o caráter como um fator determinante, essencialmente de modo dinâmico, e que se manifesta no comportamento característico de uma pessoa: o andar, a expressão facial, a postura, a maneira de falar e outros modos de comportamento. Esse caráter do



instituições (prisão, família, escola, exército etc.) são responsáveis pela formação de indivíduos assujeitados, os quais estariam aprisionados não só socialmente, mas na própria estrutura muscular que ele chamou de couraças, as quais formariam o caráter, afirmando assim a relação corpo/mente. A partir de suas descobertas, Reich formula o conceito de unidade funcional afirmando que, quando os níveis energéticos estão balanceados, o indivíduo e a sociedade atingem a autorregulação. Dessa maneira, Reich contribuiu politicamente ao colocar a clínica como uma prevenção de neuroses pela busca da autorregulação dos corpos nas relações que o produzem, pois as couraças são determinadas pelos aparelhos repressores. Isso resulta na docilização dos corpos ou, como diz Reich, cada sociedade produz o caráter de que necessita para sua manutenção.

De acordo com Reich, a repressão sexual estabelecida pela sociedade capitalista patriarcal tem a intenção não só de causar danos à espontaneidade sexual dos indivíduos, pelo incremento do sentimento de culpa, do medo e do arrependimento, mas também de criar indivíduos dóceis, obedientes e sujeitados – como igualmente assinala Foucault [...]. (Câmara, 2000, p. 32).

Reich afirma a dimensão política das práticas psicanalíticas preocupando-se com a politização dos corpos para que sejam capazes de agir a seu favor e, assim, contra os aparelhos repressores. Essa preocupação está em *Teoria do orgasmo*, *People in Trouble*, *Psicologia de massa do fascismo*, *Análise do caráter*, *Escuta Zé Ninguém* e *A revolução sexual*, e também no trabalho que ele desenvolveu com os jovens nas Sexpol e na policlínica, acreditando numa sociedade libertária.

Reich acreditava na psicanálise como uma ferramenta clínica capaz de combater as estruturas dominantes, transformando-a para isso. Segundo Monteiro (2000), quando ocorre essa transformação, Reich rejeitou o instinto de morte em sua nova interpretação das pulsões; em sua nova teorização do princípio do prazer – princípio de realidade; na eliminação da concepção freudiana do conflito intrapsíquico etc. Mas ele se manteve capturado pelas dicotomias, oposição entre objetividade e subjetividade, sujeito e objeto.

Podemos afirmar que o capitalismo mundial integrado (expressão de Guattari) se apropriou dos modos de produção das subjetividades de maneira jamais vista – engendrando modos de agir, desejar e pensar –, produzindo, assim, indivíduos e modos de vida passivos e modulados. Enfim, os chamados modos capitalísticos de produção de subjetivação, ou modos hegemônicos, deixaram claro que a subjetividade dada não existe – ela é sempre uma produção.

A saúde tornou-se um alvo dessa mercantilização, transformando-se em produto a ser consumido, pois não se trata apenas de tê-la, mas de estar sempre a procurá-la na busca de sucesso. Ortega (2003) definiu essa postura como práticas de bioacese que:

[...] a vontade não está a serviço da liberdade; é uma vontade ressentida, serva da ciência, da casualidade, da previsão e da necessidade, que constrange a liberdade da criação e anula a espontaneidade. Ela está submetida à lógica da fabricação do *homo faber*, matriz das bioidentidades (Ortega, 2008, p. 46).

O indivíduo se constitui como autônomo e responsável através da interiorização do discurso do risco. O corpo e o *self* são modelados pelo olhar censurante do outro, que leva à introjeção da retórica do risco.

---

ego é moldado por elementos do mundo externo, a partir de proibições, inibições pulsionais e as mais variadas formas de identificação” (Reich, 1995, p. 167).



O resultado é a constituição de um indivíduo responsável que orienta suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito e o desvio aos riscos. O autoaperfeiçoamento individual tornou-se um signficante privilegiado por meio do qual os indivíduos exprimem sua autonomia e se constituem num mundo competitivo. Através das numerosas práticas bioascéticas, o indivíduo demonstra sua competência para cuidar de si e construir sua identidade (Ortega, 2003, p. 65).

Percebemos que a consequência dessa introjção do discurso de risco é fazer crer aos sujeitos que quem cuida de si são aqueles que evitam os “riscos”, ou seja, não comem comidas gordurosas, fazem exercícios cotidianamente, não fumam e assim por diante. Tais sujeitos são considerados “saudáveis”, comprometidos com sua saúde; e os que estão fora do padrão são considerados fracasso. Forma-se a moral da saúde, e, nesse sentido, a conquista da autonomia é agora sinônimo de sujeitos capazes de autocontrole, segundo os padrões preestabelecidos de saúde e doença. O conceito de autonomia é capturado e adaptado às representações dos modos de vida totalizantes e privatizantes e, conseqüentemente, à desresponsabilização do sistema público de saúde:

[...] valorização da autonomia devolve ao indivíduo a responsabilidade por sua saúde, reduzindo a pressão exercida sobre o sistema público. A condição de autonomia se traduz num melhor estado de saúde e no desenvolvimento de hábitos de vida e escolhas comportamentais saudáveis (Ortega, 2008, p. 35).

A privatização das formas de vida reflete-se diretamente nas práticas de saúde ao produzir o conflito entre os interesses pessoais e os interesses públicos que atravessam todos os envolvidos (agentes, usuários e Estado). Essa divisões entre público/privado, Estado/indivíduo, comunidade/indivíduo e equipamentos de saúde/usuários levaram ao jogo de culpabilização mútua entre esses atores e a sua desresponsabilização para a formação de estratégias de melhoria da saúde pública, ficando claro o sentimento de não pertencimento e não implicação com os problemas que se apresentam. Segundo Paim e Almeida Filho (1998, p. 311), percebe-se que houve:

[...] uma tensão entre Estado e sociedade, entre liberdades individuais e responsabilidades coletivas, entre interesses privados e públicos. A extensão e profundidade dessas ações dependem da dinâmica de cada sociedade, sobretudo diante das articulações que estabelecem concretamente com as instâncias econômicas, políticas e ideológicas.

Por meio desse jogo de culpabilização, levantam-se falsas questões sobre como gerir a saúde pública, aprisionando-a às formas ideológicas individualizantes, burocráticas e pautadas em relações verticalizadas. A idealização de padrões de funcionamento nas práticas de saúde em geral relega as vivências e construções do cotidiano. Assim, criam-se conceitos-sintomas<sup>4</sup> que sufocam a construção de novos agenciamentos por se desvincularem das maneiras reais de viver.

Problematizar os conceitos de autonomia presente nas práticas de saúde hegemônicas permite desnaturalizá-las, apostando em outros modos de fazer funcionar, acreditando na invenção de novos dispositivos que (re)construam modos de vida, inserindo os sujeitos novamente no campo social. Segundo Monteiro:

Quando utilizamos os conceitos como ferramentas, mudamos a perspectiva ética, e é justamente na perspectiva de desnaturalização e desconstrução de verdades cristalizadas que buscamos abrir caminhos para que o fluxo e a expansão da vida ganhem força (2000, p. 124).

<sup>4</sup> “Conceito-sintoma: a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado” (Benevides; Passos, 2005, p. 390).



## Produção das práticas de saúde cotidianas por meio de agenciamentos coletivos

Pensar em outros modos das práticas de saúde é ampliar a visão para além da cura e da prevenção de doenças, para além da exigência *a priori* de hospitais idealizados, assim como de todas as demandas a ser atendidas, da medicação ideal etc. – em suma, para além das preocupações hegemônicas que ditam a qualidade da “saúde”. Todos esses aspectos são importantes para a garantia da saúde da população, mas não suficientes. Urge complexificá-las para que a saúde pública possa funcionar como um bem comum. Como romper as barreiras para que as tecnologias de saúde sejam apropriadas pelos agentes de saúde e pelos usuários? Como as relações sociais dadas no cotidiano poderiam concorrer para isso?

Como disse Reich, nossa prática psi, como trabalhadores de saúde, é política sempre. Nesse sentido, quais são nossas escolhas e nossas apostas?

Para Reich, o corpo é sempre político; portanto, numa sociedade repressiva, não há homens livres de repressões, e por isso ele acreditava na revolução sexual articulada à revolução social. Segundo Reich, a possibilidade da liberação da energia vital (que é também social) – nos homens como nas instituições – apontava para a autorregulação do homem e da sociedade. E ele chamava esse processo de autorregulação e democracia do trabalho.

Nas palavras de Câmara (2000, p. 34):

Quanto mais autorregulado, mais o homem se torna autônomo, capitão de sua alma, dono de seu destino, e luta pela autogestão social; já o indivíduo encoraçado recebe a liberdade. A fim de enfrentar o medo, a repressão, o “fazer as coisas” de forma automática e mecânica e não como deveria ser de modo vivido e sentido, o homem deve lutar coletivamente: corpos autorregulados e livres em uma comunhão de autogestão social – a ação a partir dos corpos.

Campos (2003) assinalou que uma das possibilidades de transformação das práticas de saúde são os vínculos cotidianos entre os grupos, criando-se condições para que novas práticas aconteçam. Assim, os problemas, os enfrentamentos e as saídas vividos pelas práticas de saúde são apropriados pelo coletivo, ampliando-se a experimentação e criação:

[...] vínculo para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução dos próprios problemas. [...] Um manejo adequado do vínculo pode apoiar o grupo a enxergar a própria impotência e a descobrir novas maneiras de enfrentar velhos problemas (Campos, 2003, p. 29).

Problematizar os processos de saúde é considerá-los uma construção que transcorre no cotidiano, por meio de vínculos dinâmicos, que são estabelecidos junto com a força do coletivo e dos movimentos sociais articulados com o Estado, de tal forma que causem interferência e mudem o campo de interação entre eles. Assim, criam-se outras zonas de vínculo, em que estejam implicados diversos interesses e se dê prioridade às afirmações coletivas. A partir dessa transformação dos modos de subjetivação que potencializam os conceitos criados pelos coletivos é que se levantarão questões legítimas e novas práticas do cuidado de si, optando-se pela grupalização e apropriação do problema, que se dará no plano concreto.





Para Benevides e Passos (2005, p. 392):

Realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde.

Ricardo Teixeira (2005) propõe o conceito da inteligência coletiva<sup>5</sup> como uma ferramenta a ser aplicada à área da saúde, complexificando a ação grupal para o levantamento de questões. Todo tipo de grupo, comunidade e sociedade é fruto de uma árdua e constante negociação entre preferências individuais que dizem de um coletivo, ou seja, os jogos de interesses ditos pessoais são atravessados por dinâmicas sociais, e, quando são expressos nos grupos, se transformam em agenciamentos coletivos, recebendo uma multiplicidade de faces. Percebe-se aí a importância de se retomar a vida pública, em que se dá prioridade a aspectos políticos para se formularem questões relativas às práticas de saúde.

O foco muda do individual para os conjuntos de relações sociais que produzem outras formas de conhecimento e de ação, estabelecendo tecnologias simples, potentes e baratas pois o cuidado de si; e é esse o sentido de ocupar-se do público. O efeito é a apropriação e a implicação dos sujeitos nos problemas da comunidade, valorizando-se os processos singulares que são capazes de inventar estratégias para reinventar políticas públicas descoladas da lógica capitalista. Para Ortega, trata-se:

[...] [d]a presença do outro e [d]a esfera dos assuntos humanos que garantem a realização do cuidado de si. Constitui-se uma ligação de reciprocidade, visto que cuidando de mim contribuo para a prosperidade e a felicidade da cidade e dos outros cidadãos; prosperidade e felicidade da qual participo como membro da comunidade. Ocupar-se consigo é ocupar-se dos outros, colocando a justiça no centro do cuidado (Ortega, 2008, p. 25).

Portanto, trazer as práticas de si para o coletivo é um exercício de liberdade para o enfrentamento dos problemas levantados, pois criam-se zonas de interferências no *socius* pelos vários modos de existência que ele abarca. Cria-se, desse modo, um movimento ético e político que afirma as diferenças e permite que elas ganhem voz. E assim também passam a operar as tecnologias relacionais, criando movimentos transversais<sup>6</sup> na resolução das práticas de saúde, com mais conectividade entre usuários, equipe de profissionais e Estado, e geri-las está relacionado com o cuidado.

## Transdisciplinaridade: uma ação possível para o cuidado de si

<sup>5</sup> A inteligência coletiva “se traduz por uma capacidade de aprendizagem autônoma e, em termos históricos, por um processo de evolução. A inteligência emerge de processos de interação circulares e autoprodutores entre um grande número de sistemas complexos. Assim, um ecossistema, uma espécie viva, uma sociedade animal, uma sociedade humana, um organismo, um sistema imunológico ou um cérebro podem ser ditos ‘inteligentes’” (Teixeira, 2005, p. 222).

<sup>6</sup> Transversalidade, segundo Benevides e Passos (2005, p. 393), é “o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados”.





Frente às questões levantadas, impõe-se trazer para o campo da saúde a articulação do coletivo na produção das políticas públicas. A transdisciplinaridade é uma aposta para concretizar esse modo de pensar e fazer as práticas de saúde afirmando a autoprodução dos sujeitos que se dá nos encontros que ensejam realidades de vida singulares. A transdisciplinaridade é a possibilidade de transitar entre os conhecimentos dissolvendo e rompendo muros – por exemplo, entre os científicos e os populares. Conceber os seres viventes de modo a abarcar sua complexidade em tudo o que os compõem, criando novos territórios existenciais.

Pensar em práticas transdisciplinares com os profissionais da saúde é problematizar o lugar que eles ocupam reiteradamente, pois se quebram as fronteiras entre as especialidades e se dissolvem as identidades de poder, desnaturalizando as dicotomias entre sujeito/objeto. No caso dos profissionais de saúde, podemos pensar em rompimento com modelos hegemônicos como técnico/paciente, técnico/auxiliar, paciente/equipamento etc.

A prioridade em questão é o processo de construção do conhecimento no âmbito concreto. Segundo Benevides e Passos (2000), ora o sujeito é objeto, ora o objeto é sujeito; ou seja, trata-se também de procurar inovações *entre* os conhecimentos, de modo que se produzam intercessores,<sup>7</sup> cuja função é criar perturbações que afetem as verdades preestabelecidas para que se construam outras a cada situação, num movimento permanente.

Como afirmam os autores, de se produzirem:

[...] agenciamentos misturando vozes, as enunciações, agora sem sujeito, nasceriam da polifonia dos regimes de signos que se atravessam. Por exemplo, uma sensação, um som, um cheiro experimentado como ato no território que define o nível de intervenção, produz interferências, ressonâncias, amplificações, mantendo o sistema em aberto para o tempo (Benevides; Barros, 2000, p. 78).

O desafio é criar intercessores nos serviços de saúde para quebrar os ideais e a reprodução indefinida de práticas cristalizadas. Criar mecanismos que permitam produzir conhecimento na ação que se dá pelos vínculos entre os atores de saúde. Esses vínculos passarão por regimes de contrato (mudanças) sempre renovados, que deem prioridade à negociação entre usuários e profissionais da saúde. A boa qualidade dos vínculos se caracterizará por exploração de zonas inabitadas que surpreendam práticas que se darão nos coletivos de ideias, possibilitando que os grupos tracem suas próprias cartografias, “no sentido de ampliar as possibilidades de avaliação do desempenho do trabalho coletivo valorizando mais as relações, as conexões, os fluxos que se estabelecem entre diferentes ‘nós da rede’” (Teixeira, 2005, p. 228).

Portanto, a transdisciplinaridade aplicada à saúde trabalha com a aproximação dos sujeitos e sua realidade social, pois ela favorece essa apropriação e, mais ainda, permite que os indivíduos (re)criem sua existência. A consequência disso é re-colocar aos cidadãos a autonomia como uma prática de liberdade na *polis*.

---

<sup>7</sup> “Um conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica. Ele está, portanto, cheio de força para produzir crise, desestabilizar. É assim que entendemos a ideia de ‘intercessor’ (Deleuze, 1990/1992). O conceito é um intercessor quando é capaz de produzir tal tipo de efeito” (Benevides; Passos, 2000, p. 73).



## Referências

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 16, n. 1, abr. 2000.

CÂMARA, M. V. A. Certo olhar sobre o corpo na clínica reichiana. **Revista Reichiana**, ano XV, n. 15, p. 30-34, 2006.

\_\_\_\_\_. Do corpo ao incorporal ou da estrutura aos fluxos desejanter. In: MALUF JR., N. (Org.). **Reich: o corpo e a clínica**. São Paulo: Summus, 2000. p. 27-37.

CAMPOS, G. W. S. Saúde coletiva e o método paideia. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde paideia**. 2. ed. Hucitec: São Paulo, 2003. p. 21-23.

DADOUN, R. **Cem flores para Wilhelm Reich**. São Paulo: Moraes, 1991.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

EIRADO, A.; PASSOS, E. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a10.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade III: o cuidado de si**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

MONTEIRO, M. Z. Indivíduo e sociedade: um eterno conflito? In: MALUF JR., N. (Org.). **Reich: o corpo e a clínica**. São Paulo: Summus, 2000. p. 123-128.

ORTEGA, F. Do corpo submetido à submissão ao corpo. In: \_\_\_\_\_. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008. p. 17-53.

\_\_\_\_\_. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003. Disponível em: